RENDICIÓN DE CUENTAS Y BALANCE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL EJERCICIO 2010

Reunión celebrada el día 2 de agosto de 2011

(Asisten autoridades de la Administración de Servicios de Salud del Estado, ASSE)

SEÑOR PRESIDENTE (Pardiñas).- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 35)

——Buenos días.

Vamos a iniciar el trabajo del día de hoy de la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda, que tiene a estudio el proyecto de ley de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2010.

Analizaremos el Inciso 29, "Administración de Servicios de Salud del Estado" -ASSE-, para lo cual convocamos a sus autoridades. En el articulado del Poder Ejecutivo, corresponden a este Inciso los artículos 245 a 251 inclusive. Además, tenemos el Mensaje del Organismo, que figura en el Anexo XXIV al Repartido Nº 604, que incluye los artículos 1º a 41 inclusive. También debemos considerar la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal de este Inciso.

Damos la bienvenida a la delegación de ASSE, integrada por el Presidente, el doctor Mario Córdoba; el Vicepresidente, señor Ángel Peñaloza, y el Vocal, escribano Alejandro Dráper, quienes concurren acompañados por el contador Jorge Rodríguez, el contador Ariel Rodríguez, el doctor Enrique Buccino, la doctora Alicia Ferreira, la doctora María del Valle Miralles, la doctora Cecilia Greif, el contador César González, el sociólogo Rodolfo Levin y la contadora Isabel Segade.

Hacemos saber a la Comisión que actúan en la asesoría, por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, las señoras Lucía Pieri y Verónica Canto, y por el Ministerio de Economía y Finanzas, la señora Martha Abilleira.

SEÑOR CÓRDOBA.- Es un gusto estar aquí. Saludamos a todos los compañeros Representantes.

Daré comienzo a mi intervención comunicándoles una idea que resulta indispensable para trasmitir la reforma que se está llevando adelante en ASSE como prestador público por excelencia, dentro de una organización que estamos tratando de fortalecer, que es la red integrada de efectores públicos, en la que lideramos convenios y organizamos reuniones de fortalecimiento del sistema. Resulta indispensable poner en funcionamiento esta red; es importante destacarlo.

En cuanto a lo que ASSE significa al día de hoy hay que destacar la apertura del Organismo a la profundización de la reforma en el primer nivel y en el desarrollo de la salud integral. Aclaro que cuando hablamos de salud integral nos referimos no solo a lo médico-biológico, sino también a lo social y psicológico. Estamos hablando de una gran apertura en cuanto a lo que el Ministerio hoy nos plantea como salud mental integral, que tiene que ver con el primero, el segundo y el tercer nivel. Esto implica que

debamos colocarnos a la altura de las metas planeadas y de los programas instrumentados, que a partir de setiembre se van a desarrollar.

Este proceso nos permite visualizar que en el primer nivel hemos abierto una puerta que nos permite acercarnos desde el punto de vista personal, a través de la vinculación con la familia y la comunidad, y desde el punto de vista técnico, por la vía de los registros y del plan "Siembra", que abarca todo el país. Ya hemos empezado a recorrer el Uruguay de norte a sur; empezamos por Artigas y Rivera y ahora vamos a ir a Melo y a Rocha, donde ya se capacitó a los médicos para que la conectividad, la integralidad y el sistema de registro repercutan no solo en un trabajo más fácil y más cercano a la familia y al paciente, sino también en una centralización de los datos exigidos para complementar una visualización global del paciente. La idea es que no solo sepamos el síntoma y el signo que presenta, sino también todo lo que acompaña y trasciende estos elementos, como la experiencia de vida, la práctica de vida, lo laboral, lo familiar y lo social.

Hay que tener en cuenta lo que significa ASSE en la médula de la salud integral de las políticas sociales que se encaran. Cuando se piensa en políticas sociales a desarrollar desde el MIDES, el INAU, la ANEP o los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, del Interior y de Defensa Nacional casi siempre se convoca a ASSE. Cuando se sale a encarar ese tipo de políticas se necesita a ASSE, y ASSE acompaña cuando la ejecución de esas tareas rebasa la capacidad y la comprensión de los demás organismos. En esas circunstancias, ASSE está. Cuando la ANEP quiere tener respaldo ante situaciones de violencia doméstica, agresividad, inconductas, trastornos del aprendizaje, etcétera, los equipos de salud de ASSE están presentes en la comunidad y en el centro educativo. Cuando surge una emergencia social en la calle, el MIDES llama y ASSE está.

Se brinda salud integral a los 9.000 privados de libertad. En esto ASSE tiene que estar y debe ofrecer formas nuevas de atención integral. La salud no pasa solo por atender el dolor y el síntoma del paciente privado de libertad, sino todo lo que significan su entorno y las condiciones en las que viven y conviven. En eso también ASSE está.

Al día de hoy, la Junta Nacional de Drogas actualiza, fundamenta y desarrolla cinco instancias en las que las puertas de entrada y la parte de información y asesoramiento van acompañadas por aleros. Hay uno que se llama "Ciudadela" y otro que constituye una forma de acercarnos al adicto que está en calle, que todavía no se aviene a formalizar una internación y una deshabituación, pero sí a pautas de convivencia y de relación con formadores comunitarios que están en seis o siete puntos en los que vamos a comenzar a trabajar. En una instancia posterior hay un espacio de atención inmediata a la descompensación y a la deshabituación, que está formado y sobre el que tendremos que actuar intensamente desde ASSE. La Junta Nacional de Drogas plantea el inicio de los trabajos en los lugares de atención y mantenimiento de la deshabituación y de los problemas duales de la adicción. La cuestión es que tiene dinero para empezar, pero no para mantenerse más allá de los dos años. Por ende, tanto el INAU como ASSE deben estar presentes, estructurando los procesos y dando respaldo. Con un buen primer nivel aseguramos la accesibilidad de nuestros usuarios al derecho y al servicio que les corresponde por la Constitución. Para mejorar este primer nivel y definirlo como derecho y servicio, ASSE pone en marcha hacia adentro un segundo y tercer nivel acordes a ese derecho y servicio: la mejor calidad y la mejor tecnología con los técnicos más sensibles, dedicados y preparados. Las Cátedras de la Facultad, cuando en nuestros escenarios se desarrolla la formación de técnicos que empiezan a querer un ASSE que apuntala, que premia por desarrollo en lo teórico y lo tecnológico, llaman a grupos de trabajo con todas las sociedades científicas para escuchar las dificultades y carencias en su desarrollo y formación pegados a nuestros espacios en los tres ejes de la Universidad: formación, investigación y extensión, demostrando la importancia de reivindicar a quien opta por mayor extensión horaria, por alta dedicación, por un único empleo, por usinas chicas de recursos humanos como las UDA, en pleno desarrollo y monitoreo.

El CTI está comprando entre treinta y cuarenta camas afuera. En situaciones pico como el invierno, en momentos en que la emergencia y la urgencia acosan a nuestros usuarios, estamos recorriendo los establecimientos privados en busca de un hueco de atención. En los momentos en que más se nos necesita, en el nivel donde más se dificultan los recursos humanos, estamos mendigando camas que el privado también necesita, por lo que hay menos ofertas. Hemos recorrido el interior donde hay capacidad instalada y junto a cátedras y sociedades científicas vamos a organizar los recursos humanos que tenemos para respaldar más el interior, por lo menos para aumentar en quince camas el CTI y en diez cuidados intermedios. Junto con eso es indispensable aumentar la imagenología en el lugar, el laboratorio, la extensión, el tiempo completo y las capacidades y coordinaciones de traslado en esos lugares. Cada cosa que se abre, cada cosa que aportamos,

cada cosa que definimos como necesidad, necesita un implemento y un respaldo permanente, nuevo, ajustado a la situación que surge como emergencia

Nuestras puertas, nuestros hospitales -lo hemos visto en la prensa- van camino a una regionalización que es indispensable mirar y organizar. Hemos ido a la regionalización y al fortalecimiento especializado, regionalizado, focalizado, y vamos camino a la multiplicación de un "triage" indispensable en cada una de nuestras puertas. Sabemos que de veinte pacientes, aproximadamente uno tiene que ser tratado inmediatamente. Uno puede esperar veinticuatro horas, pero dieciocho casi siempre responden a un primer nivel; por lo tanto, ese "triage" va a ser un alivio muy grande para las puertas, y es indispensable que tengamos en cada uno de los lugares las posibilidades de derivar y jerarquizar.

Estamos intentando una reorganización con trece coordinadores de puertas y un coordinador superior, además de dirigir la coordinación centralizada de todas nuestras puertas con la apertura de cinco o seis de primer nivel para derivar lo que el "triage" considere que le corresponde al primer nivel, reforzando ese primer nivel con traslado hacia donde tengamos el respaldo como mínimo de un laboratorio, que esté durante el tiempo que se requiera, y farmacias acordes con las necesidades de una emergencia que no es utilizada correctamente, porque recurrimos a ella esperando el último momento. A medida que se fortalezca el primer nivel, vamos a tener aliviada la coordinación de las puertas y de las emergencias. Empezamos a dos puntas: mejorando el primer nivel y haciendo "triage" en los lugares que están exigidos.

Para que los servicios de emergencia y urgencia en situaciones zafrales o de mayor demanda sean más accesibles, es necesario que permanentemente estén cambiando cosas. Es importante que nuestras unidades ejecutoras, nuestras emergencias, los tres coordinadores nuevos y la organización del 911 interior, estén acompañando el desarrollo del 105 en la cobertura metropolitana inaugurado en estos últimos meses. Es decir, a medida que nos vayamos desarrollando, vamos incorporando nuevas unidades al servicio 105, nuevas bases, llegando a cubrir lo metropolitano, pero es indispensable que estemos pensando cómo vamos a implementar los traslados del 911 interior.

Vamos estructurando el sistema nacional de traslados e instalando ya la organización del Sistema Nacional de Trauma. No solo hay que crear el hospital, el SINATRA, sino que tenemos que ir hacia fuera, hacia la organización de primeras instancias de acercamiento al sistema, y de conjunción del sistema hacia el interior. Todas esas cosas van dando una visualización dinámica, en permanente crecimiento, como una reforma de la salud que se desarrolla y profundiza, que es lo que queremos trasmitir a ustedes. No menos esquemático y abarcable como el reconocimiento de la salud integral es la lucha irrefrenable por retomar la salud perdida. Cuando alguien lo hace y lo enseña como derecho y servicio, como ASSE, así de accesible, equitativo e integral, es difícil que sea estable y quieta y que no esté en permanente desarrollo. Es difícil que de un año a otro no haya cosas nuevas para desarrollar y mejorar, y nuevos programas. Es imposible que lo que solicitamos en el Presupuesto, que no pudo ser concedido, hoy lo traigamos como cuando lo planteamos, que no era exagerado ni en el aire. Lo volvemos a solicitar en la Rendición de Cuentas para que ustedes vean que corresponde a planes y políticas nacionales, situaciones sensibles que la población hoy nos demanda y nos exige, así como nuestros usuarios: salud integral para los usuarios privados de libertad; centros de rehabilitación públicos, de reumatología y del Instituto Nacional de Traumatología; las colonias con nuestros enfermos mentales con complicaciones crónicas severas; hacernos cargo y respaldar a los doscientos cincuenta mayores enfermos crónicos y discapacitados que el INAU todavía conserva, mantiene y respalda.

Debemos contar con espacios de internación para agudos y para efectuar diagnósticos así como lugares psiquiátricos, pues no hay lugares de internación para niños. El INAU pide ayuda para que ASSE asuma esta solicitud y la respalde.

Nuestros planteos tienden a respaldar lo que nuestros ejecutivos proponen como políticas sociales. Jamás pensamos dificultar sus decisiones, que nos definen. Así es que explicamos detalladamente las necesidades y las directivas generales a las que nos sometemos -que pensamos son indispensables- y, por lo tanto, somos muy respetuosos de las directivas que el Ejecutivo nos delega. Pero, también, creemos que los legisladores deben tener conocimiento indispensable sobre los puntos que venimos a plantear sobre esta Rendición de Cuentas y cuáles son sus fundamentaciones a fin que se pueda deliberar y discutir.

SEÑOR BUCCINO.- Queremos comenzar la exposición con un informe cualitativo y con algunas consideraciones de la Administración de Servicios de Salud del Estado a inicios del año 2010.

Como ustedes saben ASSE es un organismo descentralizado por la Ley Nº 18.161 en el marco de la reforma de la salud, con una red de atención integral que está constituida a inicios del año 2010 por sesenta y seis unidades ejecutoras. Entre sus cometidos el organismo tiene el de organizar y gestionar los servicios destinados a los cuidados de la salud en su modalidad preventiva y en el tratamiento de los enfermos, además de coordinar con los distintos organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando la máxima accesibilidad, calidad y eficiencia, intentando evitar duplicaciones y superposiciones. Asimismo, está obligado a formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, al que debe contribuir en la implementación, garantizando los derechos constitucionales en materia de salud. Por lo tanto, debe concebirse, organizarse y coordinar adecuadamente a nivel nacional los distintos niveles asistenciales departamentales y locales, abarcando todas las etapas del proceso de atención integral de la salud, o sea, la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Además, mediante planes adecuados a la difusión del cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida que ponen en riesgo a la población y, por lo tanto, debe iniciar un proceso de crecimiento institucional, más allá de lo que ha sido en el Período anterior, la conformación del esqueleto legal de la descentralización del Ministerio de Salud Pública.

A inicios del año pasado, en Montevideo, ASSE contaba con trece unidades ejecutoras: cinco son de pacientes agudos de referencia nacional, siete están vinculadas a hospitales especializados y una pertenece a la red de atención primaria, integrada por doce centros de salud en Montevideo y más de ciento catorce puestos de atención de primer nivel.

¿Qué encontramos? Haciendo una rápida caracterización de la situación de los servicios públicos de salud en esta etapa de pre reforma y, particularmente lo que refiere a la Administración de los Servicios de Salud del Estado, podemos decir que estos han presentado un progresivo debilitamiento o un crecimiento no acorde a las necesidades, producto de la situación pre reforma de la salud. Voy a citar algunos casos que son relevantes que, de alguna forma, ejemplifican la situación encontrada y, sobre todo, son el paradigma hegemónico, asistencial, curativo, hospitalario, determinantes de la situación de la salud. El sector público, sobre todo, estuvo orientado a la atención de pacientes indigentes y carentes de todo recurso, como se establece en el artículo 44 de la Constitución de la República.

Si bien el sector de la salud dedicaba el 10% del Producto Bruto Interno, las distribuciones entre el gasto público y el privado no era equitativo, tal cual fue ilustrado en su momento por medio de la cápita. El sector público recibía una cápita de $ 350 y el sector mutual de $ 800. Además, el sector público ofrecía una cobertura a la mitad de la población y solo correspondía un 25% del gasto en salud.

Asimismo, el nivel del personal del sector público se caracterizaba por bajos niveles de calificación; en muchos casos sin ámbitos de capacitación continua y eran insuficientes en número, con una dinámica institucional en la que el primer nivel asistencial era el destino final común del personal menos capacitado en las unidades ejecutoras.

Por otra parte, había una escasa jerarquización del sector público que se expresaba a través de magros salarios médicos y no médicos que en el año 2004 promediaban los $ 4.500. A su vez, esto determinaba una muy escasa dotación de especialistas y técnicos con una muy baja contención en los diferentes niveles asistenciales. Además, en los distintos grupos profesionales existía una inequidad por pagos diferenciales en una igual función.

Asimismo, había un fuerte proceso de tercerización de sectores vitales de la institución que era acompañado de precarización de estas tareas. Las plantas físicas de los hospitales, los centros departamentales, los centros auxiliares y los policlínicos resultaban inadecuados e insuficientes para la cantidad de usuarios del sistema. También era insuficiente la inversión en tecnología, tomógrafos, ecógrafos, equipos de radiologías, arcos en c, y se realizaba en una forma no planificada. Existía una flota de unidades de emergencia móvil y de traslados muy deteriorada e insuficiente. Además, los sistemas de información de la institución tenían grandes deficiencias y escasa atención. Se trata de sistemas inconexos que no permitían la unificación de datos y mucho menos el manejo de indicadores para la gestión.

Por otro lado, había una escasa inversión en el desarrollo del "software" y conectividad a la red. Los rubros destinados a gastos de funcionamiento estaban sujetos a los ajustes fiscales, lo cual muchas veces redundaba en falta de medicamentos, en la limitación de ofertas en radioactivos de laboratorios e insumos en general. Tampoco había un manejo eficiente en cuanto a la gestión de camas hospitalarias, con promedio de estadía

elevados por falta de resolución. Asimismo, existía una falta de coordinación entre los diferentes efectores públicos con transferencia sistemática de recursos al sector privado.

Además, los mecanismos de contralor administrativo eran débiles y los de auditoría estaban lejos de ser buenos para la institución. Desde el mismo inicio del Período de Gobierno anterior, la Administración sufrió una transformación que incluyó un diseño, la implementación y el desarrollo de cambios muy significativos en la infraestructura edilicia, en la adquisición de tecnologías, en las mejoras en las condiciones de trabajo y en las remuneraciones del personal asistencial y administrativo. Pasa de un magro presupuesto histórico de $ 4.000:000.000 del año 2005 a $ 13.700:000.000 para el Ejercicio 2010, verificándose un significativo incremento de salarios para sus más de veintiocho mil trabajadores médicos y no médicos, que aumenta en un valor real del 40% para el sector no médico, prácticamente igualando al sector privado, y se multiplica por seis el salario médico.

Estos cambios históricos se fueron implementando a través de los distintos sistemas de atención integral que tenía la Administración, formulando y ejecutando proyectos que contribuyeron a la etapa inicial de los cambios de modelo que guían el proceso de reforma sectorial y determina modificaciones institucionales trascendentales de alto impacto social.

A pesar de estos avances que eran muy significativos respecto al período anterior, la Administración se encontraba muy lejos de encaminarse hacia sus objetivos fundamentales. Existían y existen aspectos históricos de disfunción que no habían sido abordados por el corto tiempo de implementación de la reforma de la salud. Tampoco se habían profundizado trabajos que enfocaran la problemática del funcionamiento interno de los hospitales y centros departamentales y su vinculación entre las distintas unidades ejecutoras. Este aspecto tenía que ser considerado ya que la ausencia de coordinación entre hospitales y centros departamentales determina ineficiencia en grados elevados, muchas veces debiendo contratar en el sector privado lo que no podía hacerse en casa. Tampoco se había definido como prioritario iniciar procesos de complementación público privada en los distintos niveles asistenciales mediante convenios específicos, que facilitaran la integración asistencial. Muchas veces esto quedaba sujeto a convenios o arreglos de palabra entre los Directores de los hospitales y los prestadores del sector privado. Esa integración debería haber comenzado en aquellas áreas donde el esfuerzo económico institucional de las instituciones es elevado, sobre todo en aquellas áreas donde escasean los recursos humanos calificados y tienen tecnologías de costo muy elevado; es posible aliviar los costos a nivel departamental haciendo economías de escala.

En cuanto al funcionamiento externo, es relativamente habitual en los centros del interior hacer la derivación -por vía de compra directa y, en algunos casos, por vía de licitación-, de pacientes para estudios y procedimientos de distintos grados de complejidad bajo el concepto de que debe ser resuelto a nivel departamental, lo que determina una erogación sistemática del sector público sin incentivos internos hacia el desarrollo de servicios propios. Por lo tanto, en ese momento, ASSE se encuentra con que carece de una estrategia para esa etapa de la reforma de la salud y no tiene bien definido cuál es su rol protagónico ni sus planes de ejecución. Entonces, de acuerdo al análisis que hicimos al inicio de 2010, mantiene un funcionamiento pre reforma, tanto de sus equipos de gestión como de sus prácticas asistenciales regulares.

Asimismo, encontramos una serie de disfunciones organizacionales que, de alguna manera, comprometían o ponían en jaque el logro de los cometidos fundamentales de la institución: excesiva burocratización; una cultura organizacional resistente al cambio; bajos niveles de coordinación dentro de los centros asistenciales y entre las Unidades Ejecutoras; escaso desarrollo del primer nivel asistencial y, en particular, la falta de implementación de una estrategia de atención primaria en salud, tal cual lo exige la ley; desconocimiento de la oferta global de los servicios de la organización y grandes dificultades para implementar un trabajo en red; centralización innecesaria de algunos aspectos asistenciales y administrativos; un débil inicio del proceso de centralización de los servicios, en sus múltiples niveles asistenciales, en forma departamental o regional, con mínima articulación entre niveles y regiones del territorio; hay escasa resolutividad, con prácticas sistemáticas de transferencia de riesgo entre las distintas Unidades Ejecutoras que conforman la red.

Por otro lado, hay un inicio en cuanto a las políticas implementadas hacia sus trabajadores, pero se está muy lejos de profundizarlas. De todos modos, persisten las comisiones de apoyo local y central -como la 068-, que contratan a más de diez mil trabajadores profesionales independientes, con niveles de gastos que crecen año a año. Asimismo, hay ausencia de controles o controles innecesarios, en múltiples niveles asistenciales y

administrativos, con escasa flexibilidad de estructuras administrativas. Todos estos aspectos son esenciales a la hora de buscar eficiencia y mejorar la calidad de los servicios.

Por lo tanto, para contribuir a un rediseño organizativo de la red de los servicios de salud del Estado, era necesario tomar decisiones vinculadas al punto de vista organizativo y organizacional, que agregaran algunos elementos que, a nuestro juicio, eran claves para garantizar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de las intervenciones en la salud pública. En base a eso, se elevó al Directorio la necesidad estratégica de implementar cambios en la estructura de nivel central. El cambio más importante refería a la propuesta de un diseño organizativo de una futura red de servicios de salud del Estado, como núcleo central, embrionario, de lo que es la red integrada de efectores públicos de salud.

Este es un objetivo en la salud pública, al que ASSE tiene que contribuir en su proceso de formulación, implementación, crecimiento y desarrollo, tal cual está establecido en la Ley Nº 18.161, que la crea. El gran desafío es la construcción de una red de servicios de salud que pueda proveer la prestación de servicios servicios de salud pública con la misión de garantizar la cobertura integral e integrada de servicios de salud de elevada calidad a los ciudadanos.

Este proceso de integración asistencial, necesariamente, debe transitarse por etapas, siendo condicionado por la implementación del proceso de centralización de ASSE, en clave de red. El propósito de esta red, en esta etapa, es dar respuesta a las necesidades de la población, para lo cual es fundamental la existencia de una gestión adecuada, entendida como la movilización de recursos humanos físicos, financieros, políticos, organizacionales y de conocimiento para el cumplimiento de los objetivos propuestos de manera eficiente y efectiva.

Lograr una gestión de estas características, evidentemente, no es una tarea sencilla, dada la complejidad de la organización y su dispersión geográfica en una vasta red de servicios asistenciales, los grupos de interés, muchas veces corporativos, a los cuales se enfrenta, y los conflictos de tipo económico y no económico a los cuales se ve sometida en sus práctica diaria.

Esto, además, se complejiza aún más si se tienen en consideración otros aspectos que tienen que ver con el aumento de las expectativas de los usuarios respecto al conocimiento progresivo de sus derechos, los cambios en el perfil epidemiológico que viene sufriendo la población en Uruguay, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y seguimiento de estas nuevas enfermedades, el avance del conocimiento científico y la adquisición de nuevas tecnologías, las dificultades de financiamiento del sector, que ha tenido un aumento progresivo del gasto, algunas limitaciones en la capacidad de gestión de las Unidades Ejecutoras y los niveles de dirección intermedia, un sistema de contrataciones y remuneraciones que estaban siendo insuficientes, y la falta de algunas políticas asistenciales estandarizadas, de recursos y de implementación de la reforma.

Para avanzar en ese proceso, en el año 2010, desde el nivel central, se inició un ciclo de reestructura institucional, de manera de adaptar los desafíos de la reforma de la salud y facilitar el logro de objetivos estratégicos. Por lo tanto, se identificó como una necesidad desarrollar niveles crecientes de autonomía de gestión, atendiendo el tipo de actividad a desarrollar, e intentar incorporar una cultura de nueva gestión pública para mejorar la eficiencia.

Una de las herramientas a considerar era implementar contratos de gestión en todos los niveles de la organización, con especial énfasis en la dirección de las Unidades Ejecutoras. Además, se pensó en disponer de un control por resultados o de un sistema de evaluación que fuera objetivo y una definición clara de los productos de la organización, representados por una cartera de servicios, y la forma de reorganizarlos en función de la demanda asistencial y de las necesidades de la población.

En nuestro ámbito sanitario, ya existe una separación de funciones entre la financiación y la provisión de los servicios a partir de la reforma de la salud. Asimismo, la figura administrativa de la futura red de ASSE permite un encaje adecuado con el resto de los proveedores del sistema y el establecimiento de los mecanismos adecuados de coordinación y complementación para alcanzar mayores niveles de eficacia, eficiencia y calidad. Desde esta perspectiva se da, funcional y formalmente, una visibilidad continua asistencial en el conjunto de niveles de atención y permite completar un diseño organizativo del tema salud.

Entonces, resultaba fundamental transformar y desarrollar una nueva concepción de red articulada de servicios. Para abordar este aspecto, debimos formular algunos conceptos que definen la articulación

asistencial por niveles de atención. La realidad es que, en mayo de 2010, ASSE no tenía esa concepción organizativa, no tenía un funcionamiento regular con una concepción de red, el peso significativo que tenían las Unidades Ejecutoras, tanto en la dimensión asistencial como en la administrativa o financiera, contribuía significativamente a una pérdida de la eficiencia y la eficacia. Por ello, la integración entre los distintos niveles asistenciales, en principio, tiene muchas más ventajas que inconvenientes.

Por lo tanto, el desafío era obtener una adecuada formulación de los servicios en cuestión, y en una segunda etapa, incluir modificaciones en el financiamiento de la red que pudieran proporcionar potentes palancas para la integración entre las Unidades Ejecutoras. En ese sentido, había que tomar una serie de decisiones vinculadas a la coordinación de la red y a la creación de un sistema adecuado de referencia y contra referencia donde que la creación de un centro coordinador de ASSE cumpliera un rol fundamental, así como el seguimiento y el establecimiento de escenarios complementación público-público y público-privado.

Asimismo, la densidad demográfica en algunas zonas del territorio nacional, sobre todo, en las zonas rurales y localidades de escasa población, limita la actual competencia entre servicios de salud públicos y privados, y abre un escenario muy favorable para la integración y complementación de servicios.

Es distinta la realidad que se observa a nivel de los centros más poblados y las capitales departamentales del interior, en donde la integración puede involucrar únicamente servicios que requieren alta tecnología y elevada calificación de los trabajadores. Sin embargo, la responsabilidad de la integración depende de los centros departamentales de agudos -hay amplia literatura al respecto-, y esto, muchas veces, condiciona y retarda la innovación y la reasignación de recursos en los distintos niveles asistenciales.

Por lo tanto, es prioritario prestar particular atención a orientar al sistema sanitario hacia la atención primaria en salud y el desarrollo del primer nivel asistencial. Para favorecer esa reorientación, se deben tener en cuenta las políticas de recomposición de la oferta de los recursos humanos intentando frenar la sobre y la hiper especialización, sobre todo, en el cuerpo médico, y el reforzamiento del papel de la atención primaria, no únicamente como puerta de entrada al sistema, sino también como gestor de la utilización sanitaria. Estos son algunos aspectos claves para avanzar en el proceso de reforma.

Entonces, esto implica implementar en el primer nivel asistencial, de forma progresiva, estrategias organizativas basadas en la gestión clínica, como las que actualmente se están implementando a nivel del programa de formación de recursos humanos que ASSE tiene con la Facultad de Medicina.

Por otro lado, la integración, que puede mitigar la actual falta de continuidad entre la atención especializada y la atención primaria, intenta que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado y resolutivo, y que no se retengan casos ni se deriven innecesariamente al nivel central problemas que deben ser resueltos a nivel local. No pude haber buena medicina sin continuidad y sin eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes y sin un objetivo mutuo de relacionamiento entre lo que es atención especializada y atención primaria, como así tampoco sin un establecimiento conjunto de pautas de atención.

Por lo tanto, las ideas fuerza para esa reforma que ASSE inició en el año 2010 fue la descentralización de las múltiples dimensiones de ASSE con el Ministerio de Salud Pública en lo territorial y en lo intraorganizacional, involucrar y hacer efectiva la participación de ciudadanos y trabajadores, la coordinación con otros recursos públicos, la coordinación para la continuidad asistencial institucional, la generación de servicios anticipativos, resolutivos y basados en la mejor evidencia disponible, las garantías para el cumplimiento de la ley, la proximidad en la asistencia a los ciudadanos y en el territorio, la transformación y renovación del capital humano y una vinculación universitaria fuerte como estrategia institucional de desarrollo en servicios de calidad, innovación e investigación.

Sobre el proceso de descentralización que la ley establece, un aspecto que debemos considerar en la reforma de la salud y el rol del principal prestador del sistema, es la correcta definición de las dimensiones de la descentralización. Me refiero, en primer lugar, a la dimensión de descentralización de ASSE con el Ministerio de Salud Pública y a la definición de la intensidad y fluidez del relacionamiento institucional y político, además del grado de descentralización en otras dimensiones: institucional, intraorganizacional y geográfica.

Sin embargo, en base a experiencias similares recogidas en diversa literatura, los procesos de reforma de la salud son críticos de esta correcta definición y de la respuesta a la cuestión clásica de qué y cómo

descentralizar y qué y cómo centralizar, paradojalmente, para mejorar el proceso de centralización.

En este último punto, es central contar con sistemas de información y cuadros de mando integral que permitan el seguimiento adecuado de indicadores de desempeño, de procesos y de resultados que permitan intentar desarrollar una nueva gestión de la red asistencial.

Esta definición implicó tomar decisiones políticas en la esfera administrativa, en la esfera asistencial y en la esfera de la organización de los servicios, y crear una serie de sistemas de atención primaria en el primer nivel de atención, con la creación de las redes integradas de atención primaria en cada uno de los departamentos del interior. Además, había un sistema de atención integral único, que tenía bajo su responsabilidad dieciocho departamentos en todos sus niveles asistenciales. Era prácticamente imposible gestionar la totalidad del Directorio desde una sola Dirección. Por lo tanto, fue necesario abrir, por niveles asistenciales, la organización del sistema de servicios del interior.

El desarrollo tecnológico no tenía ninguna planificación. En ocasiones, el enfoque era poco racional y determinaba un mapa de distribución de la tecnología que no necesariamente se correlacionaba con las necesidades de la institución y la población beneficiaria. Había un escaso o nulo desarrollo en el primer nivel de atención en el interior, que era consecuencia -como lo define toda la literatura- de la concepción hospitalocéntrica, que determina una distribución de los recursos humanos a partir del centro departamental, que, naturalmente, prioriza el desarrollo del segundo nivel en detrimento del primero.

Este aspecto es trascendental, sobre todo, en una institución que tiene más de un millón de habitantes bajo su responsabilidad de cobertura en el interior del país. Esta deficiencia abarca también recursos humanos y económico-financieros. Por lo tanto, había que iniciar un proceso de reestructura en el nivel central. Fue necesario crear algunas Direcciones, y en la Ley de Presupuesto, algunas redes de atención primaria en el primer nivel de atención.

Este proceso tiene una serie de desafíos y algunos deben ser tenidos en cuenta, porque la descentralización no implica solamente la transferencia de fondos; es imprescindible capacitar a las personas que van a gestionar los recursos y darles herramientas y condiciones para hacerlo de forma más eficiente y eficaz. Era imprescindible firmar compromisos de gestión con las Direcciones de todos los hospitales y de todas las Unidades Ejecutoras para proporcionar la orientación y la hoja de ruta con objetivos, metas, indicadores de gestión, así como un sistema de evaluación de desempeño de estos equipos de Dirección; generar hacia el futuro capacidad de gestión en el personal; definir claramente cuáles van a ser las prestaciones de cada nivel asistencial en el territorio, reorganizando la red articulada de servicios; introducir cambios en el funcionamiento de las Unidades Ejecutoras y en los sistemas de información; crear conciencia en todos los funcionarios de la responsabilidad de la participación de cada uno en la gestión diaria, habilitando espacios formales de participación; incorporar en puestos clave a personas capacitadas con experiencia en el gerenciamiento de servicios similares; definir mecanismos de evaluación de resultados y, en ese marco, pensar en la posibilidad de estímulos hacia el futuro para aquellos que gestionen bien y castigos para los que no lo hagan y estén vinculados con el cumplimiento de esos compromisos de gestión.

También debemos trabajar rápidamente en la definición de necesidades de información, en mejorar los sistemas informáticos existentes, conectarlos, que permitan obtener información de calidad en tiempo y forma para la correcta toma de decisiones, y en definir procedimientos y criterios que permitan auditar la calidad de nuestros servicios.

Esa es la situación que encontramos a lo largo de 2010, este es el análisis de la institución y estas las líneas de trabajo que se vinieron desarrollando durante ese año. Se modificó el organigrama de la institución, se convocó a la OPP y se inició, sobre fines del año 2010, el proceso de planificación estratégica institucional. Tenemos reuniones semanales con la OPP, que guía, a través de sus profesionales y facilitadores, el proceso de planificación estratégica en el cual interviene la totalidad de los niveles de responsabilidad de la institución, tanto del nivel central como los Directores de los hospitales. Se creó, en la Ley de Presupuesto, la Dirección Nacional del Primer Nivel, que tiene como objetivo específico la creación de las redes departamentales, basándonos en la estrategia de atención primaria en salud. Se han definido fuertes niveles de inversión para el Ejercicio 2011 y 2014, inclusive, para el primer nivel de atención; se ha definido una fuerte inversión para el sistema hospitalario; se encuentra en proceso un sistema laboral del primer nivel, con un sistema de capitación con el programa médico de referencia.

El 75% del presupuesto -aproximadamente US$ 100:000.000 por año en el período 2011 a 2015- va a estar destinado a la construcción, remodelación y mantenimiento de nuevos hospitales. Ya se adjudicó la licitación para muchos de ellos, o se está en pleno proceso licitatorio. Involucran al Centro de Trauma en el Hospital Edificio Libertad, el nuevo Hospital Pasteur, el nuevo Hospital de Pando, el Hospital de Colonia, las colonias psiquiátricas Santín Carlos Rossi y Etchepare. Cabe agregar, además, que la gran mayoría de las actuales licitaciones de ASSE, los préstamos del Banco Mundial y el préstamo italiano se refieren a la adquisición de equipos médicos y tecnología de mediano porte para hospitales.

Estos datos demuestran que la Administración, por más que haya estado en cuestionamiento, lejos está de haber abandonado los hospitales públicos, tal cual fue manifestado en algún medio de prensa. El 75% del presupuesto en obras está destinado a los hospitales y un 25% a la red de atención primaria del primer nivel. Sin duda, el plan quinquenal de inversiones y lo solicitado en la Ley de Presupuesto ponen en evidencia que es posible el desarrollo armónico de todos los niveles asistenciales, creando el primer nivel de atención, y, en forma concomitante, la construcción de grandes hospitales en Montevideo y en el interior

La Dirección de Centros Regionales tiene como cometido organizar y coordinar los centros de Colonia, Florida, Maldonado, Tacuarembó, Salto y Lavalleja que cuentan con potencialidades y reales condiciones de conformar cabeceras de red en algunas líneas de actividad específica, sobre todo, la neurocirugía, la cirugía vascular, el CTI, las unidades neonatales y los centros imagenológicos de referencia. En todas estas Direcciones, se firmaron compromisos de gestión con los Directores de hospitales.

Se creó la Dirección Nacional de Segundo Nivel, que administra los hospitales del interior que no son cabecera de red y participan estratégicamente en los sistemas de referencia y contrarreferencia, local e intradepartamental. Además, se creó la Dirección de Hospitales de la Zona Metropolitana, en la que hay un trabajo intenso de referencia y contrarreferencia en el primer nivel asistencial y se ha iniciado un proceso de coordinación de puertas de emergencia. Hay una Comisión establecida en la órbita del Ministerio de Salud Pública, que a integra la Cámara de Emergencias Móviles y a los móviles del sector público para pautar un sistema de funcionamiento del sistema prehospitalario y hospitalario en el sector público. Además, se creó la Dirección de Especializados de Apoyo, que incluye el relevamiento, el mantenimiento, la planificación, la adquisición y la distribución de equipamiento y tecnología de mediano y alto costo. Se estableció un trabajo conjunto con la UCA del Ministerio de Economía y Finanzas, que permitió agilizar los procesos de licitación pública para la compra de insumos médicos de estudio, procedimientos, medicamentos y alimentos. Asimismo, en la ley de Presupuesto, se creó la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, que ya tiene un consejo honorario directivo que está coordinando y empezando a desarrollar las primeras líneas de convenio entre ASSE y los prestadores, o sea, el Banco de Seguros del Estado, el Banco de Previsión Social, el Hospital Militar, Sanidad Policial y el Hospital Universitario. A modo de ejemplo de cómo hay que coordinar en el sector público, hoy, la RIEPS hoy dispone de ocho tomógrafos: en el Hospital Maciel, en el Hospital de Clínicas, en el Hospital Militar, en el Hospital Policial, en el Hospital Pasteur, en el Instituto Nacional de Oncología, en el Hospital Pereira Rossell y en el Hospital Español. Sin embargo, buena parte de las tomografías de algunos de los prestadores que no son ASSE están siendo contratadas en el sector privado, y también buena parte de algunos de nuestros hospitales.

Esto es producto de la falta de coordinación entre el sector público y esta Comisión y este Consejo Honorario que está funcionado en la dirección de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, es necesario que empiecen a trabajar en la coordinación estatal para intentar no dilapidar recursos públicos.

A nivel de la Dirección de los Sistemas de Información, se iniciaron varias licitaciones para incorporar el hardware. Se avanza en el proceso de conectividad en forma conjunta con otros organismos del Estado -en particular, con ANTEL- y se encuentra en desarrollo nuevo software para la mejora de la gestión.

Se ha desarrollado un nuevo sistema informático, específico para la coordinación de puertas, y se está trabajando en forma conjunta con la Federación Médica del Interior -a través de un préstamo del Banco Mundial- para la generación y la creación de desarrollos informáticos vinculados a la actividad hospitalaria para ser incorporados en forma conjunta con la FEMI.

Además, se ha encarado un proyecto conjunto con ANTEL, que es el proyecto "Siembra", un sistema informático de escritorio médico basado en la red asistencial. Este proyecto -que ya está en ejecución en Artigas y en Rivera; en el mes de agosto se instala en Cerro Largo y en Rocha- consiste en la entrega de más

de mil quinientas computadoras portátiles gratuitas a todos los médicos del primer nivel de atención de todo el país.

Esta computadora portátil contiene un programa informático con todos los contenidos de los planes del Ministerio de Salud Pública que están elaborados y una historia clínica electrónica, en la que se constatan los antecedentes y los datos fundamentales sobre las condiciones de vida del paciente y su historia de salud

Además de un seguimiento correcto de la población a cargo, según el sistema de capitación o el programa médico de referencia que se inició en el primer nivel de atención, tiene otra potencialidad técnica, que se encuentra en desarrollo en forma conjunta con el Plan Ceibal: la interconectividad de la máquina del médico tratante con la máquina de los niños, de manera de enlazar la llegada del médico y las recomendaciones en salud al núcleo familiar de todos los niños que están integrando el Plan Ceibal.

Esto permite vincular de manera institucional, asistencial e informática la computadora del médico con la del niño y su núcleo familiar y promover cambios de hábitos, difusión de prevención, coordinación de citas en policlínica con médico tratante y algún tipo de recomendaciones médicas. Es, sin duda, una nueva área de desarrollo del Estado que integra educación, salud, tecnologías de la información para el Siglo XXI y es fruto de un trabajo mancomunado entre los organismos públicos ASSE, ANTEL y Plan Ceibal.

De acuerdo con lo establecido en la Ley de Presupuesto, se ha iniciado el proceso de presupuestación del personal contratado por la Comisión de Apoyo y el Patronato del Psicópata. Dicho proceso abarca la regularización como funcionarios públicos de más de nueve mil personas que estaban siendo contratadas, en algunos casos, desde hace más de quince o veinte años, y que cumplen funciones en el Estado. Muchos de estos casos ya han entablado demandas contra el Estado, en las que se demuestra claramente la relación de dependencia que se había establecido

Por lo tanto, el proceso de presupuestación intenta reconocer derechos adquiridos por los trabajadores a lo largo de todo este tiempo en su vinculación con el Estado y en las funciones que han cumplido dentro del mismo.

La eliminación de estos mecanismos de contratación también ha sido un reclamo histórico de las gremiales médicas y de la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Este cierre programado de la Comisión de Apoyo en un período de dos o tres años -permitiendo únicamente la contratación a través de planes temporales-, se enmarca en la política de reforma del Estado y en la implementación del sistema de ventanilla única, establecida por el Gobierno.

Además, se avanzó en el diálogo y en la negociación con las gremiales médicas Sindicato Médico del Uruguay y Federación Médica del Interior, y se han firmado nuevos convenios médicos en el ámbito de la Dirección Nacional del Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Estos convenios introducen mejoras en las condiciones de trabajo médico y en las condiciones salariales, con la creación de cargos de alta dedicación horaria en el sector público, además de mejorar en más de US$ 25:000.000 la masa salarial anual para este sector por año.

Además, se reconoce -por primera vez en la historia- de forma económica la actividad asistencial que cumplen los docentes de la Facultad de Medicina en los hospitales públicos. Sin embargo, queda por firmar algunos acuerdos laborales específicos con otras gremiales.

Se han firmado compromisos de gestión con todos los Directores de los hospitales de Montevideo y del interior, así como con todas la redes de atención primaria. Estos compromisos de gestión -que están disponibles en la página web de ASSE- tienen cinco capítulos concretos: uno asistencial, uno económico-financiero, uno vinculado a sistemas de información, uno vinculado a la participación de usuarios y otro relacionado con la participación de los trabajadores. Cada capítulo contiene objetivos concretos, metas e indicadores que permiten la evaluación del desempeño de cada uno de los Directores de manera tal que al año de ejercicio en el cargo, ASSE disponga de información objetiva a la hora de la evaluación.

Finalmente, en el mes de mayo del año 2011, abordamos una mesa de trabajo con FEMI y establecimos las líneas de complementación público-privada en el interior basándonos en las fortalezas que tiene cada una de las instituciones, sobre todo, ASSE, en esta apuesta fuerte al desarrollo del primer nivel de atención, y con la

APS en el sector público del interior, en lo que tiene que ver con los desarrollos del tercer nivel y la alta tecnología.

Se han iniciado en forma conjunta -a través de la Junta Nacional de Salud- las encuestas de satisfacción orientadas al primer nivel de atención y hemos encontrado que posicionan a la Administración con índices de satisfacción por encima del promedio del sector mutual de Montevideo y el interior. Tenemos un índice de satisfacción de usuarios en el primer nivel de atención que está en niveles del 89%.

Además, resulta evidente que ASSE debe profundizar lo que es la política comunicacional institucional, sobre todo en los aspectos de promoción y prevención de salud. En eso hay un gran vacío a nivel comunicacional y pensamos que ASSE debe fortalecer la promoción de cambio de hábitos por conductas saludables, promoción y prevención de salud y, sin lugar a dudas, mejorar la difusión de esos aspectos.

Además, tenemos el informa cualitativo que ya fue entregado y seguramente es parte de la Rendición de Cuentas. Obviamente, han ingresado muchos artículos, y algunos compañeros los irán fundamentando a medida que sean abordados.

SEÑOR SANDER.- Tengo cinco preguntas, algunas de las cuales ya fueron respondidas por el doctor Buccino, pero de todas formas las quiero dejar planteadas.

En primer lugar, el año pasado se había hablado de un programa de desarrollo de trabajo rural -el doctor Buccino algo habló de eso; en el interior profundo es un poco complicada la falta de complementación entre lo privado y lo público, por lo que quería saber en qué estaba ese proyecto, sobre todo, en algunas poblaciones en las que tenemos algunas policlínicas que solamente tienen enfermeras. En el caso de mi departamento, Rivera, tenemos dentro de la Intendencia un sistema que cubre, pero que sabemos que no llega a todo los lugares permanentemente. De repente, llega una sola vez al mes, con suerte, y esas personas que tienen cobertura de ASSE están fuera de lo que es una atención de mejor nivel de salud.

En segundo término, en materia de la atención primaria de salud, se creó la Red, que está funcionando. El otro día, participamos en Rivera de la entrega de las computadoras, lo que nos parece muy bien, porque va a avanzar y se va a conocer un poco más sobre la historia del paciente en formato magnético, al que no sé cómo se va a acceder después, pero, de alguna manera, lo va a facilitar.

Mi pregunta es con relación a las emergencias móviles, no a aquellas que son de sanatorios o de mutualistas, sino a las que son pequeñas, que están perdidas por ahí y que trabajan dentro del 911. Quisiera saber si está proyectado que en algún momento trabajen adentro de la atención primaria de salud. En virtud de que tienen un sistema por el que trabajan las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año, nos preguntamos si no podrían funcionar como una especie de policlínica, controlando, por lo menos, la población de ASSE de los radios de influencia de esas emergencias móviles. Al respecto, se habló antes de implementarse la reforma, pero después quedó perdido. Si se habla de complementar recursos privados y públicos, esta es una buena idea, porque esas emergencias móviles ya tienen sus costos fijos; quizá, con una pequeña cápita de muy poco dinero se pueda obtener un muy buen resultado.

En tercer lugar, como comentamos con el doctor Córdoba en Rivera, nos preocupa mucho la atención de los jóvenes adictos. El artículo 762 de la Ley de Presupuesto, que está vigente, otorga una partida de solo $ 10:000.000 para atender esa problemática. Queremos saber la política que instrumentará ASSE al respecto. Como dijimos al doctor Córdoba antes de comenzar la sesión, cuando estábamos en un programa de radio nos llamó un recluso del Penal de Rivera reclamando atención en materia de adicciones de la gente que está privada de libertad.

En cuarto término, queremos formular una pregunta con respecto a la infraestructura; el doctor ya explicó esto. Deseamos consultar si nos pueden acercar un cronograma de la reforma que se plantea en los hospitales del interior de la República para los cuatro años de Gobierno que restan. Entendemos que la reforma planteaba nivelar -creo que esa es la palabra correcta- la atención de hospitales con la de los sanatorios y mutualistas. Advertimos que se ha producido una mejora en el aspecto salarial, lo que es muy importante, y también en algunos puntos de atención, como hemos leído en algunos resúmenes publicados en la prensa en los que se manifiestan encuestas de satisfacción de los usuarios. No obstante, queremos saber lo que sucede con relación a la infraestructura. Se ha mencionado a algunos hospitales del interior del país; queremos saber

si se puede trasladar la información a las Comisiones de Hacienda y de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados.

En quinto lugar, vamos a plantear una pregunta con relación a los equipos, dado los controles que hará el Ministerio de Salud Pública sobre los nuevos equipos que ingresarán al país. Queremos saber si lo que existe en el país es suficiente, si podemos conocer el relevamiento que se ha hecho y cómo está planificado que esto, que prácticamente está concentrado en la capital, llegue al interior del país. Nos gustaría que se comente si hay algún plan de trabajo -de hecho, se utiliza- con los sanatorios privados. A veces se gasta mucho dinero y queremos saber si, a los ojos de ASSE, resulta eficiente esa concatenación o tercerización de servicios.

Por último, con relación a la composición de las cápitas entre el mutualismo y ASSE, en su momento, correspondía el 86% a las mutualistas y el 14% a ASSE. Queremos saber cómo fue la evolución a lo largo del año 2010 y si ello estaba dentro de las perspectivas de ASSE; si no lo estaba, nos gustaría saber cuáles son las medidas que piensa adoptar ASSE para cambiar la situación.

Muchas gracias.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Tengo una preocupación que hemos manifestado, especialmente, cuando se dio la discusión en el Presupuesto Nacional, con relación a la creación de las Redes de Atención Primaria de Salud, con las que, desde el punto de vista conceptual, estamos totalmente de acuerdo. Nos preocupa la cantidad de recursos que se había asignado en el Presupuesto quinquenal, en ese momento, a la Red de Atención Primaria de Salud. En alguna amable reunión que mantuvimos con el señor Presidente Córdoba, dijimos que considerábamos que se había asignado poco dinero a la Red de Atención Primaria de Salud.

Precisamente, en un informe que realiza ASSE con relación a la Rendición de Cuentas del año 2010, se maneja el primer nivel de atención -figura en el artículo 22- y se habla de la necesidad de aumentar el aporte a $ 69:900.000 en gastos de funcionamiento a partir del año 2012. En la exposición de motivos se aclara que con ello se pretende dar cumplimiento al decreto sobre salud rural del Ministerio de Salud Pública a partir del año 2012. Ahora, en el articulado actual no vemos si esto fue contemplado. Como Diputado del interior del país, me preocupa enormemente este asunto.

Por otro lado, en ese documento de ASSE se refiere a la problemática que se ha tenido con los medicamentos. Se solicitaba una partida anual de $ 30:000.000 con destino a la Unidad Ejecutora 064, "Laboratorio Químico Industrial Francisco Dorrego". En la exposición de motivos también se plantea la importancia que tiene este laboratorio en la producción de medicamentos y en el ahorro anual, manejándose una cifra de US$ 1:000.000. Nosotros sabemos que esto es así, que para el Ministerio de Salud Pública siempre significó un ingreso muy importante con relación a los medicamentos. Queremos saber si esto está contemplado en el articulado.

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Algunas de las preguntas que se han formulado corresponden al articulado, que consideraremos más adelante.

SEÑOR ABDALA.- Por supuesto que damos la bienvenida a la delegación del Directorio de ASSE y a los funcionarios que la acompañan.

Nosotros queremos hacer una consulta de carácter general que, en parte, es una valoración y, en parte, una pregunta concreta pero sobre aspectos generales referidos al articulado, porque nuestra interrogante tiene que ver con el articulado visualizado en su conjunto.

Advertimos dos planteos diametralmente opuestos. Algo similar nos pasó hace pocos días -tal vez no tanto- con el presupuesto correspondiente a la ANEP y a la Universidad de la República, pero en particular con el de la ANEP. Diría que esa situación, en algún sentido, se reedita en el día de hoy con relación a la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Hemos leído el articulado sugerido y propuesto por ASSE y, naturalmente, hemos leído los siete artículos que componen el Inciso 29 en el Mensaje del Poder Ejecutivo; hemos leído -en parte, porque no hemos tenido mucho tiempo- las consideraciones teóricas que realiza ASSE, acompañando el articulado que remite al Parlamento, y también hemos leído, en parte, el capítulo correspondiente a ASSE y a los servicios que presta en la valoración que realiza el Poder Ejecutivo en su informe económico financiero, y advertimos un abismo tanto desde el punto de vista presupuestal estrictamente -es decir, en cuanto a la dotación de recursos- como asimismo, si no un abismo, por lo menos una diferencia sustantiva en cuanto a la valoración de la situación. Por supuesto, ello resulta inevitable, porque cuando se habla de más de $ 2.000:000.000 de diferencia -como en este caso- entre una propuesta presupuestal y la otra, obviamente, los conceptos y las valoraciones no pueden ser equivalentes; inexorablemente, tienen que ser distintas o alguien no estaría siendo coherente consigo mismo.

Antes de entrar en el análisis particular de cada uno de los artículos -respecto a los cuales algunas interrogantes tenemos, que las iremos planteando en el devenir del análisis que haga la Comisión-, nos interesaría conocer la opinión del señor Presidente de ASSE -que es el principal responsable del organismo por su condición de tal-, para aproximarnos, por lo menos, a una explicación en cuanto a por qué se da esta diferencia tan sideral. Digo esto porque ASSE, más allá de su autonomía presupuestal o de su condición de Servicio Descentralizado, es un organismo de conducción política que se supone coordina, en el sentido noble del término, con la política del Poder Ejecutivo, con la del Ministerio de Salud Pública. El partido de Gobierno, como ha ocurrido siempre con los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados -antes ASSE no era un Servicio Descentralizado-, designa una representación de carácter político en la mayoría del Directorio y coordina sus políticas. Es ahí donde a uno le surgen las curiosidades que son inevitables, porque en la propuesta del Poder Ejecutivo no hay incremento presupuestal sino una serie de disposiciones que permiten transposiciones de rubros, que facilitan determinadas cosas que no habían sido previstas originalmente en la Ley de Presupuesto con relación a temas que sí se dispusieron en dicha norma. Pero en el articulado de ASSE nos encontramos con aproximadamente 24 o 25 rubros, ítem, proyectos, objetivos o programas diferentes que totalizan recursos presupuestales adicionales que se incrementan por $ 2.316:000.000, según una cuenta de almacenero que hice rápidamente sumando lo que aquí viene sugerido. Entonces, llego a la conclusión -que voy a trasmitir en forma absolutamente respetuosa- que me parece define la situación: o ASSE está fuera de la realidad del país o el Gobierno está fuera de la realidad de ASSE. Una de las dos cosas tiene que acontecer; tal vez, se me convenza de un camino intermedio, si es que lo hay. Pero no estamos hablando de una diferencia chica, no hay una diferencia presupuestal que eventualmente el Parlamento con mucha facilidad y con un poco de ingenio pueda ajustar. Al Parlamento y a la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda se le genera una dificultad seria porque tenemos que atender en principio con la misma objetividad el planteo del Gobierno y el de ASSE. Inclusive, el Gobierno en su Mensaje trasmite algunos comentarios con relación a ASSE respecto a los que me gustaría que su Presidente nos diera su opinión. Trasmite el Gobierno que la dotación presupuestal del organismo a partir del período anterior, y especialmente del año 2010, implicó un incremento significativo de carácter histórico y que eso ha permitido que los servicios mejoraran sustancialmente, ayudado esto además -expresa el Gobierno- por la reducción de la población que debe atender ASSE, porque pasó de un millón y medio a un millón doscientos de personas. Eso, según el Gobierno, mejoró el gasto por usuario, generando en las condiciones actuales, mayor equidad en la distribución del gasto referido a los servicios de salud y desde ese punto de vista implicó un cambio de situación sustantiva.

El Gobierno parece trasmitirnos que aunque no todo está bien o en condición ideal, por lo menos la dotación presupuestal en los últimos años ha representado -hay un cuadro que aparece en el informe económico financiero- un aumento de 127% del presupuesto -seguramente son cifras reales; no las estoy desconociendo, al revés- determinando un estado de situación bien distinto.

A partir de ese techo alto -para el Gobierno es un techo alto y reitero que estoy dispuesto a reconocerlo- lo que debería explicarse es cómo se justifica agregar de buenas a primeras y a partir del próximo año, más de $ 2.000:000.000. No digo que no se justifique, no digo que los destinos no estén debidamente expresados, pero ¿qué pasó? ¿El Gobierno no tuvo la misma sensibilidad, visión o interpretación de las cosas con relación a tantos temas distintos y, sobre todo, respecto a asignaciones presupuestales de montos tan elevados? Inclusive, en el Mensaje del Gobierno aparece un último párrafo que podría interpretarse hasta como una suerte de tirón de orejas hacia el Directorio de ASSE o mejor dicho hacia el organismo. Lo que el Gobierno parece sostener en forma -a esta altura no diría ni siquiera velada-, bastante explícita es que: En función de esta nueva realidad presupuestal -por supuesto que no la del mensaje de ASSE sino la del Gobierno- [...]

ASSE se deberá traducir en mejoras de su gestión y de la calidad de los servicios y prestaciones brindadas, [...] -estoy leyendo textualmente-, [...] aumentando los niveles de producción,[...]. Y termina expresando: [...] y logrando una mejor utilización de los recursos disponibles y de las capacidades ociosas existentes.

Francamente, de acuerdo con la exposición que acabamos de escuchar, todo esto me resulta absolutamente contradictorio, dicho esto en términos generales, y sobre todo con la propuesta presupuestal. Entonces, para uno que es legislador y de la oposición, es difícil saber a quién le tenemos que creer. Les creemos a los dos porque partimos de la base de que las dos propuestas se sustentan en la buena fe, pero, ¿quién dice lo correcto? ¿Dónde está la verdad material? Es muy difícil.

Entonces, solicito una valoración de esto porque me parece que la Rendición de Cuentas de 2010 está bien, pero cuando hablamos de ajuste presupuestal tenemos que hablar de estas cosas, porque es, nada más ni nada menos, que el Gobierno Nacional el que está planteando lo que acabo de decir, y realmente hay una diferencia muy grande entre lo que propone el Gobierno y lo que propone el Directorio de ASSE.

Antes de ingresar al análisis detallado del articulado, me parecía de orden que el Presidente de ASSE, principal responsable político del Gobierno nos brinde alguna opinión sobre lo que acabo de expresar.

SEÑOR BEROIS.- En el mismo sentido de las preguntas generales que surgen antes de analizar el articulado, a nosotros que no somos conocedores de la materia nos surgen algunas dudas, por ejemplo ¿cuántos beneficiarios hay en ASSE, cuántos son del FONASA y cuántos de Rentas Generales? Cuando un beneficiario pasa de Rentas Generales al FONASA, ¿se devuelve este dinero que se paga en Rentas Generales?

En cuanto a los Directores Departamentales -como hombre del interior estoy muy preocupado-, ¿controlan los hospitales de ASSE en cada uno de los departamentos? Últimamente hemos visto cómo se designan equipos de gestión hospitalaria. Quisiéramos que nos hablen acerca de cómo se designan, de los concursos y de las posibilidades de las competencias de cada uno de los designados.

Con respecto a las metas prestacionales, ¿cómo las cumple ASSE?

En lo que tiene que ver con el porcentaje del Presupuesto que se destina a los centros asistenciales de Montevideo, ¿cuánto se destina para los del interior? Es decir, cuánto ha mejorado la asignación del Presupuesto para el interior con respecto a Montevideo.

Además, quisiéramos conocer los porcentajes que se destinan a remuneraciones para médicos y no médicos y cómo ha evolucionado con respecto al último Presupuesto.

SEÑOR CÓRDOBA.- Al comienzo de nuestra presentación traté en lo posible de dimensionar las fundamentaciones de nuestra presencia y esas contradicciones que el señor Diputado Abdala considera que existen, pero que a mi modo de ver no son contradicciones.

El hecho concreto es que el Poder Ejecutivo tiene una valoración desde el punto de vista político con respecto a sus recursos para las políticas sociales y nosotros tenemos la obligación de comunicarle tanto a ustedes como a ellos, en aquellas cuestiones en las que estamos incluidos como políticas nacionales, sociales y de salud, en plena reforma y profundización -abrimos la posibilidad como lo explicamos y profundizó más aún el doctor Buccino- de lo que estamos implementando, las condicionantes que tenemos para ello y lo que nos cuesta. Cuando venimos acá y conocemos la opinión que tienen con respecto a lo que hemos hablado con el Poder Ejecutivo, creemos que hay una enorme cantidad de cuestiones sobre las que tenemos que hablar y profundizar. Era indispensable que cuando presentáramos las necesidades que tenemos de ahora en adelante, supieran punto por punto las cosas que consideramos importantes y sobre qué cuestiones -que al saber o al decidir, como dice el Poder Ejecutivo- necesitamos mayores recursos para poder cumplirlas en toda su extensión. No hay contradicción. Dentro de lo que el presupuesto nos asigna, no estamos en condiciones de desarrollar todas nuestras capacidades. Nos sometemos a ello. Por eso decía que no queremos presionar ni no someternos a los dictámenes del Ejecutivo. Lo que queremos decir concretamente es que no vamos a poder cumplir todas las etapas, todas las profundizaciones y, además, todas las metas que nos piden. Decimos también que es justo, de derecho y parte de los servicios que tendríamos que cumplir. Pero no podríamos corregir todo lo que no está saliendo bien.

Desde el punto de vista administrativo, se plantean observaciones. Sé que por estructura, por funcionamiento y por historia tenemos que ir lugar por lugar, rectificando y controlando la mala administración que hubo y las dificultades de administraciones incorrectas. Son vicios del Estado, pero queremos un Estado mejor. Hay enorme cantidad de dificultades de funcionamiento que queremos corregir. Esto tiene que ver, en parte, con que esta Administración se inicia con un cambio radical en ese aspecto, relacionado con el hecho concreto de que los compromisos de gestión tienen como primera puntualización las condiciones de administración, las decisiones de los reportes y la información como un tema central. Estamos diciendo que vamos a valorar y puntear en el compromiso de gestión la evaluación que hagamos del equipo médico y del equipo de dirección, del equipo de gestión y del equipo de dirección. El hecho concreto significa una mejor administración.

No creemos para nada incorrecto lo que dice el Ejecutivo con respecto a la mejor administración de los bienes. Yo creo que es así. Cada cosa que miramos -desde la profundización de laboratorio a nivel de interior; la profundización del funcionamiento de la dispensación de medicamentos en todo el interior; el funcionamiento, administración y control de las horas-médico y de las horas-funcionario- amerita que digamos que a lo largo de este quinquenio vamos a tener una enorme cantidad de recursos que podremos reajustar. Pero eso significa una buena administración en proceso. En este momento, nosotros no estamos en condiciones de decir que estamos en el cien por cien de una buena administración. Estamos en los comienzos de una visualización clara de una administración en la que creemos que hay muchas cosas para corregir, que van a determinar una enorme cantidad de despilfarros de la Admnistración, lo que queremos que cambie.

A lo largo del punteo que van a hacer los compañeros con respecto a los artículos hay muchos puntos que van a quedar explicados claramente y se va a fundamentar la razón del pedido de los recursos. También se va a fundamentar qué es lo que dice ASSE en cuanto a los recursos. Aceptamos las directivas y los cuestionamientos del Poder Ejecutivo, pero creemos que ustedes tienen que saber que no vamos a poder cumplir con una enorme cantidad de cosas que consideramos que tendríamos que cumplir.

SEÑOR ABDALA.- Yo le agradezco mucho al Presidente del Directorio la respuesta que me ha dado. Francamente, debo decir que mantengo las dudas iniciales sobre el abismo presupuestal al que me referí antes y no voy a repetir ahora.

La respuesta que el Presidente Córdoba le da a la Comisión ha quedado en la versión taquigráfica. Después debatiremos o reflexionaremos al respecto.

Quisiera agregar una pregunta que tiene que ver con los antecedentes en la elaboración del Presupuesto. Voy a decirlo francamente: esta consulta la hago por algunas versiones que han circulado. ASSE es fuente de todo tipo de versiones y de rumores; está en el candelero por distintas circunstancias que no vamos a analizar ahora.

En la elaboración de esta propuesta presupuestal tan onerosa -notoriamente lo es; con seguridad, el Ministro Lorenzo estaría de acuerdo con esta expresión-, el Directorio de ASSE que, como todos sabemos, tiene una composición compleja -hay representantes del Poder Ejecutivo, un delegado de la oposición y representantes de los sectores sociales-, ¿se realizó un análisis y debatió sobre sus distintos aspectos o simplemente se recogió las propuestas y sugerencias que vinieron de los distintos servicios y unidades, las compendió y se las mandó al Parlamento? No lo pregunto por capricho, sino porque -reitero- ha habido versiones insistentes -que creo que el Directorio de ASSE, antes que nadie, tendría interés en aclarar- en el sentido de que el Directorio prácticamente no habría dedicado tiempo al estudio de esta propuesta presupuestal. Reitero que se dice que esto habría sido elaborado por los servicios y que el Directorio simplemente habría puesto la firma o formalmente habría resuelto y luego hecho llegar la propuesta al Parlamento.

SEÑOR CÓRDOBA.- Esto fue elaborado en forma muy democrática y participativa en Gabinetes ampliados, en los que están todas las Direcciones y a los que cada integrante del Directorio mandó un delegado para que participara activamente. Lo que recibió el Directorio fue una síntesis de lo que se elaboró en una discusión muy larga en la que participaron todas las Direcciones que en este momento nos están acompañando.

Nosotros, como participantes del Directorio, estuvimos escuchando y analizando las propuestas. Cuando no estuvieron los miembros del Directorio hubo personas que los representaron. De modo que consideramos que todos participamos.

Creo que se hizo un análisis muy profundo y, además, muy responsable, en el entendido de que ustedes tenían que saber, no solo cómo se había hecho, sino también que nos parecía muy importante cada fundamentación. Por eso quisimos que cada uno de ellos nos acompañara a discutirlo. No sé si siempre se hizo así, pero es de las formas en que se tiene más en cuenta a la Institución, en la que tienen voz cada uno de sus sectores y se distribuye cada responsabilidad.

SEÑOR BUCCINO.- A efectos de intentar ordenar un poco el trabajo, vamos a contestar las consultas de los señores Diputados cuyas respuestas, a nuestro juicio, no están incluidas en la exposición de motivos de los artículos.

Se nos consultó sobre el programa "Salud Rural" que hemos venido implementando a lo largo de este año. Han finalizado los llamados a concursos para el personal profesional que va a participar de este programa. Hemos entregado las máquinas en Rivera. Hay todo un cronograma de entregas que abarcará la totalidad del territorio nacional. Estamos empezando a coordinar con las Intendencias y sus divisiones de salud -porque asisten, fundamentalmente, nuestros usuarios- cómo será esa coordinación. Además, tenemos una mesa de reuniones quincenales con FEMI, en la que estamos buscando las economías de escala para aquellas situaciones que resulta extremadamente oneroso sostener, tanto para el sector público como para el privado, en la asistencia médica de las pequeñas localidades, en las que hay que tratar de generar convenios de complementación de servicios.

Con respecto a la información que se recolecta a través del programa "Siembra", diré que está almacenada en el "Datacenter" de ANTEL y que, en la medida en que tengamos ciudadanos ingresados a esa base de datos, empezaremos a contar con un relevamiento sanitario global, al final del período, de buena parte de la población del sector público. Estamos considerando la posibilidad de ampliar esto para el sector privado, sobre todo el del interior. Algunas instituciones de Montevideo ya han intentado contactar con nosotros para conversar sobre esta complementación, con miras a que el esfuerzo institucional de ASSE pueda abarcar al sector privado, especialmente, en el primer nivel y en el interior. Esto involucra no solo al programa "Salud Rural", sino también a los traslados, porque muchas veces, lisa y llanamente, no existen recursos humanos disponibles: el chofer de la ambulancia del sector público y el chofer de la ambulancia del sector privado son la misma persona, porque no existe la posibilidad de contratar a alguien más.

Por lo tanto, estamos trabajando con FEMI a ese nivel. Hay otras líneas de trabajo, en especial, con los sistemas informáticos hospitalarios. ASSE ha ofrecido en esa mesa de trabajo todo el desarrollo del primer nivel y FEMI está muy interesada en complementar, no solo en lo que hace al programa "Salud Rural", sino también en cuanto a los traslados.

En lo que refiere a adicciones, hay un artículo específico del PPL. El tema de las cárceles es por todos conocido; evidentemente, merece ser tratado como una cuestión de Estado.

El artículo 23 nuestro tiene que ver con el INAU y la habilitación de quince camas para internar jóvenes con problemas de adicciones en el Hospital Español. Hay un cronograma de ejecución de infraestructura que estima cuáles serían los tiempos en los que estaríamos llegando con las obras al interior, los tiempos de adjudicación de las licitaciones y la conformación de los equipos de estas comisiones, ya que los recursos que interponen las empresas dan tiempos máximos. Seguramente les podremos acercar el cronograma de ejecución de esos grandes hospitales y obras que no mencionamos en el informe pero que están proyectadas.

Con respecto a los equipos médicos, el Ministerio de Salud Pública, como organismo regulador del sistema, define la incorporación y la distribución de la nueva tecnología. Tenemos los mismos problemas en el sector público que en el sector privado: la escasez de recursos humanos profesionales y no profesionales. Ese es un tema que hay que abordar con la Universidad de la República y con la Universidad del Trabajo, intentando abrir posibilidades de formación de recursos humanos técnicos, porque Uruguay no cuenta hoy con recursos humanos para técnicos de laboratorio, en imagenología y en otras áreas. Lisa y llanamente, uno hace los llamados y quedan vacantes porque no se presenta nadie. Ese es un tema del país y es un talón de Aquiles que tenemos para hacer progresar el proceso de reforma.

En lo que tiene que ver con la composición de las cápitas, cuando entremos a algún artículo específico el contador Rodríguez podrá abordar el tema y explicar cuál es la diferencia que ASSE tiene hoy en este Presupuesto respecto a la que debería tener si uno "fonaseara" ASSE. Si "fonaseamos" a toda la población, ¿cuál sería el presupuesto de ASSE? Esa información la tenemos. Quiero hacer una precisión respecto a este tema, porque me parece que, desde el punto de vista económico, el "fonaseo" de ASSE no es menor. Evidentemente, no es lo mismo para una institución que tiene costos fijos vinculados a puestos asistenciales en todo el territorio nacional que para la misma estructura asistencial cuando está centralizada. No es exactamente lo mismo tener doscientos mil usuarios concentrados en cuatro barrios usuarios de Montevideo que desperdigados en todo el territorio nacional. Evidentemente, el ajuste de las cápitas es una aproximación, pero para las instituciones estatales que tienen el cometido y el deber indelegable por ley de asistir a la población donde vive, hay costos que deben ser considerados más allá del "fonaseo" de ASSE. Seguramente nos quedemos cortos con eso porque es una aproximación y porque ASSE tiene la responsabilidad de ejecutar algunos programas específicos del Ministerio, de políticas estatales de vinculación con otros organismos del Estado, que lo hacen mucho más -bajo nuestra concepción- que una mutualista pública. No es exclusivamente una mutualista pública porque tiene otros deberes que el sistema mutual no puede cumplir. Por la dispersión territorial y porque tiene deberes indelegables de aplicar políticas públicas en forma integrada con otros organismos estatales, nos quedamos cortos cuando hablamos de la cápita, porque si ajustamos por cápita, evidentemente nos hace falta presupuesto. Esa discusión no es tanto de la Rendición de Cuentas sino más profunda de hacia dónde evoluciona el sistema y cuál es el rol del sector público.

Tengo otra información con respecto a los usuarios para informar al legislador que había consultado. Al último cierre del Ejercicio 2011, en abril, tenemos un millón doscientos un mil doscientos sesenta y cuatro usuarios. El FONASA, en 2007, tenía dieciocho mil cuatrocientos sesenta y siete usuarios. En 2008, pasamos a tener noventa y seis mil cuatrocientos dos; en 2009, ciento treinta y dos mil ciento ochenta y cuatro; en 2010, ciento cuarenta y seis mil novecientos cuarenta y ocho y en el último cierre de abril, ciento sesenta y ocho mil seiscientos ocho. Esto está disponible en la página web de ASSE, y son datos que podemos aportar acerca de la evolución de los usuarios de ASSE y los socios FONASA, que es al alza, tanto de oficio como de personas que optaron voluntariamente por asistirse en el prestador público.

Con respecto a las remuneraciones, el porcentaje de incremento en 2009 fue de 62%, y en 2010 de 63%. Hay varios artículos específicos que podrían contestar las preguntas de los legisladores, pero me parece que están contempladas en la exposición de motivos de los compañeros que van a comentar el articulado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quedó una pregunta del señor Diputado Berois en cuanto a la distribución de los recursos en el área metropolitana y en el interior.

SEÑOR ASTI.- Cuándo hablamos de un millón doscientos mil y algo de usuarios y ciento sesenta mil y algo de socios FONASA, ¿esos ciento sesenta mil y algo están incluidos en el millón doscientos mil?

SEÑOR BUCCINO.- Sí.

En cuanto a los recursos, podemos hacer llegar a la Comisión información más detallada. No sabemos si son recursos humanos o financieros, pero en lo que tiene que ver con los recursos humanos tenemos una red de servicios de primer, segundo y tercer nivel, por lo que el corte geográfico es relativo, sobre todo cuando tenemos cargos interniveles. Esto quiere decir que cuando en un departamento existe un pediatra que hace horas en la policlínica barrial, y además una guardia en el hospital, ese es un cargo internivel asignable a la red, pero no a un nivel asistencial. Tenemos datos acerca de cuál es desde la Dirección de Recursos Humanos la distribución territorial. Es por todos conocido que existen dificultades para radicar en el interior del país no solamente a profesionales de la salud sino a profesionales y técnicos en muchas áreas -es un problema del país-, y estamos intentando generar una suerte de incentivos económicos para la radicación del personal médico y no médico en el interior. Es evidente que influyen una serie de variables para que las personas se vayan a vivir al interior, y en este proceso estamos completando este llamado de personal médico para el programa de médico de referencia, que va a asistir a la población rural, pediátrica y adolescente, que está finalizando este mes. Podemos hacer llegar al legislador información detallada, sin ningún inconveniente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos al análisis del articulado propuesto por el organismo. Se trata de cuarenta y un artículos.

SEÑOR LEVIN.- Los primeros artículos están vinculados con un mejor ordenamiento de las formas de ingreso del personal a la Administración. Este es un proceso que pretendemos que a partir de esta Rendición de Cuentas vaya acompañando la regularización contractual que supone a su vez la presupuestación que se ha mencionado, que es el vector por donde la Dirección de Recursos Humanos está trabajando. En primer lugar, en el artículo 1º hay una propuesta que expresa que los ingresos a la Administración de los Servicios de Salud del Estado se producirán mediante contrataciones provisorias por un término de dieciocho meses, las que se financiarán con los créditos habilitados para las vacantes correspondientes.

Hasta el momento, el único mecanismo de ingreso es la modalidad del artículo 410 que, inclusive, en consulta permanente con la Oficina Nacional del Servicio Civil, hace el reconocimiento a dicha condición como un cargo de función pública. De todas maneras, ese es el instrumento administrativo que hemos utilizado para ir generando los ingresos a cargos presupuestales. En este caso se habla de un provisoriato por el término de dieciocho meses en el que se prevé una serie de pasos, de duración y de evaluaciones en esa situación, que luego permitiría la presupuestación.

En el acápite final dice que la no aprobación de la presente norma determinaría seguir contratando a todo el personal al amparo del artículo 410, desnaturalizando de alguna manera lo que dio origen a este artículo. Quiere decir que la lógica que subyace a la incorporación de este provisoriato de dieciocho meses como forma de contratación es recuperar el espíritu que tiene el artículo 50 de la Ley de Rendición de Cuentas Nº 18.719, similar a los ingresos en el Estado.

El artículo 2º está vinculado con los suplentes. Aquí se propone modificar el sistema a fin de adecuarlo al régimen de suplentes que fuera aprobado por el Directorio de ASSE este año. El Capítulo referido a los suplentes supone otro aspecto de esa suerte de ordenamiento de cargos, funciones y salarios. En este sentido, estamos en una etapa inicial que supone una proceso largo y, a su vez, instancias de negociación con los distintos gremios. Los sistemas de suplentes son inherentes a una administración razonable y racional de los recursos para dejar de utilizar instrumentos que no son exactamente los que deben emplearse para esta norma. Por este motivo, de alguna manera se plantea que el artículo 410 quede restringido al sistema de suplentes.

En nuestra exposición hay una lógica que apunta a que tengamos los instrumentos idóneos para ir generando una administración razonable y racional de los nuevos recursos. Por otro lado se apunta a regularizar un artículo que ha sido muy funcional a la actual y a las anteriores Administraciones que en este momento, de alguna manera, genera situaciones jurídicas que pueden tener algún tipo de fragilidad. Por este motivo, la idea es darle un sentido único tanto al ingreso como al sistema de suplentes.

Por otra parte, se pretende regularizar el régimen del artículo 410, de aquellos que ingresaron en virtud de lo que determina la norma, que solo se permite la regularización de aquellos que hayan ingresado por concurso. Quiere decir que no se permite la regularización de aquellos que lo hayan hecho por otro mecanismo como, por ejemplo, a través de un sorteo. En este sentido, no tenemos norma habilitante para regularizar esas situaciones.

Con relación al artículo 4º, relativo a la regularización de los suplentes, cabe señalar que aquí se da una paradoja semántica, que son los suplentes fijos, que habitualmente están en el área de la salud. Lamentablemente ellos existen en ASSE, en un número de alrededor de doscientos treinta funcionarios, amparados en el régimen de suplentes que de alguna manera se derogó con una nueva reglamentación a partir del 31 de diciembre de 2010. En esta nueva reglamentación se establece que para los cargos de ingreso al régimen de suplentes solo se contemplan los cargos asistenciales. En este caso se permitiría la presupuestación de estos doscientos treinta funcionarios.

En dicho artículo se establece que su no aprobación determinaría la existencia de personal irregular, ya que si bien sus retribuciones se solventan con cargo al renglón 031, en los hechos no corresponden a esta categoría de trabajadores sino que ocupan un puesto de trabajo imprescindible para el servicio. De ahí surge la denominación paradojal de suplente fijo, que es lo que pretendemos salvar con este artículo. A la vez, cabe señalar que quedarían instalados dos sistemas de ingreso, que nos evitaría este tipo de situaciones en el futuro, es decir, el llamado régimen de ingreso y el llamado provisoriato, que sería para proveer cargos por dieciocho meses y, por otro lado, se da la consolidación del régimen de suplentes. Más adelante veremos un

artículo referido al rubro presupuestal que nos permitiría utilizar un sistema que ya empezó a funcionar. En ese sentido, estamos en un proceso de cambio. Es obvio que ello requiere que se solvente presupuestalmente. A su vez, esto hay que entenderlo en el marco del proceso global de la presupuestación de ASSE.

Por otro lado, el artículo 5º, que refiere a la regularización de funcionarios en comisión, autoriza a ASSE a incorporar hasta cincuenta funcionarios públicos pertenecientes a otros organismos. Estos funcionarios en un momento fueron autorizados a desempeñar funciones en régimen de pase en comisión al amparo del artículo 32 de la Ley Nº 15.851. Con este artículo lo que se pretende es regularizar esa situación con funcionarios que queden en ASSE con sus cargos. Tanto el régimen del provisoriato como el régimen de suplentes y este tipo de regularización derivan de distintas consideraciones y reuniones que hemos mantenido con la Oficina Nacional de Servicio Civil.

El artículo 6º tiene un error en la redacción. Este artículo refiere a los funcionarios en comisión de la Escuela de Sanidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicito que se lea la redacción final de este artículo para que quede constancia en la versión taquigráfica.

SEÑOR LEVIN.- El artículo quedaría redactado de la siguiente manera: "Los funcionarios de la Escuela de Sanidad Doctor José Scosería, perteneciente a la Universidad de la República, que fueron redistribuidos internamente al padrón presupuestal de la Unidad Ejecutora 068, podrán optar por su incorporación definitiva a la Unidad Ejecutora 068 de ASSE, contando para ello con un plazo de noventa días a partir de la vigencia de la presente ley.- Los funcionarios que no hicieran uso de la referida opción en el término dispuesto, serán incorporados en forma definitiva a la Universidad de la República". Quiero aclarar que se trata de un colectivo de quince personas, que prestan funciones para la Universidad de la República.

SEÑOR PRESIDENTE.- Queremos dejar algunas constancias con respecto a los artículos que fueron expuestos por el Director de Recursos Humanos. El artículo 1º tiene similitud con el artículo 245 del proyecto de ley del Poder Ejecutivo; el artículo 4º es bastante similar al artículo 246 de dicho proyecto, y el artículo 6º se recoge en el artículo 247 del Mensaje del Poder Ejecutivo.

SEÑOR ABDALA.- Quisiera hacer dos consultas sobre este bloque de artículos.

Una de ellas es de carácter formal y refiere al sustitutivo que se acaba de leer. El Poder Ejecutivo incorporó una expresión que, por lo que acabo de escuchar, no fue tenida en cuenta en la redacción que presentó ASSE. Me refiero a "la previa conformidad de los jerarcas de ambos organismos". Eso fue voluntad del Poder Ejecutivo y alguna razón habrá tenido para incluirlo; puede parecer una formalidad, pero lo señalo para que se tenga en cuenta.

SEÑOR LEVIN.- No tenemos inconveniente en incluirlo.

SEÑOR ABDALA.- En segundo lugar, quería hacer una pregunta relacionada con el artículo 246, que implica una creación de cargos para incorporar suplentes. Quizás ya fue explicado y no me quedó claro -pido disculpas por ello, ya que no quiero hacerle perder tiempo a la Comisión-, pero quisiera saber quiénes son esos funcionarios, cuándo ingresaron y cuántos son. Además, me gustaría saber si, para acceder al cargo definitivo, simplemente serán designados por el Directorio o deberán pasar por una instancia concursal. Hago la consulta porque no lo tengo claro.

SEÑOR LEVIN.- Antes del 31 de diciembre de 2010 existía un régimen de suplentes, afectado al Rubro 0, que se controlaba por el Renglón 031. El monto presupuestal asignado a ese rubro era insignificante, como así también el uso que hacían las Unidades Ejecutoras de ese régimen. Este rubro era insignificante porque los mecanismos de suplencias, en términos generales, estaban resueltos por los organismos extrapresupuestales de los que nos hemos servido durante estos años y que queremos eliminar; me refiero a la Comisión de Apoyo y al Patronato del Psicópata.

Como dije, el rubro presupuestal con que se contaba para suplentes era extremadamente exiguo. Quiero aclarar que estamos en un proceso de transición hacia una estrategia de presupuestación de las Comisiones. Si bien este proceso tiene una fecha de finalización, que es el 31 de diciembre de 2013, adquiere una complejidad que no fue prevista, lo que no obedece a una imprevisión financiera ni contable sino a razones de orden socio-cultural, ya que la presupuestación es un acto volitivo y no coactivo. Entonces, nos encontramos con algunos problemas que van transformando la presupuestación en un proceso no tan inmediato como podíamos suponer. El régimen de suplentes es uno de los primeros que impactó, porque establecimos un sistema que -debido a la forma en que está estructurado- va a ser funcional al momento en que todo el personal de ASSE esté presupuestado.

Por otro lado, en el sistema anterior, el ingreso de suplentes se hacía a través del artículo 410, lo cual generaba múltiples expectativas a quienes eran asignados a estos cargos para realizar una carrera laboral en ASSE. Eso, por la vía de los hechos, se terminó dando, porque si no hubiera sido así hoy no estaríamos solicitando la presupuestación de 230 suplentes fijos. Nosotros entendimos que era prioritario conformar un régimen de suplentes diferente al del ingreso presupuestal. En ese sentido, un grupo interdisciplinario elaboró un reglamento durante noviembre y diciembre de 2010, el cual fue aprobado por el Directorio el 31 de diciembre de ese año, mediante la Resolución Nº 4092, la cual se empezó a ejecutar a través de los llamados específicos para suplentes. Cabe aclarar que para esos casos la resolución tiene una serie de consideraciones, precauciones y controles que impiden que quien acceda a esos cargos tenga la expectativa de quedar como funcionario efectivo. Sin embargo, al ocupar ese cargo el funcionario va a generar una serie de méritos que lo posicionarán mejor en un futuro llamado a cargos presupuestados. Por lo tanto, aquí se propone que el artículo 410 se utilice solamente para los suplentes y que se instaure un régimen de provisoriato, similar al que se establece en el artículo 50 de la Ley Nº 18.719, a fin de que los funcionarios puedan ingresar mediante un llamado público, a prueba, y por dieciocho meses, después de lo cual serían presupuestados, pero no facultativamente, tal como se puede hacer hoy a través del artículo 410.

SEÑORA GREIF.- El artículo 7º tiene que ver con lo que decía el licenciado Levin en cuanto a cómo se produce el cambio que se realiza, a raíz de la Ley de Presupuesto, con respecto a la Comisión de Apoyo y el Patronato del Psicópata.

Habitualmente, de acuerdo a quien financiara los cargos, ASSE pagaba las retribuciones fijas o variables del personal, pero a partir de la Ley de Presupuesto no se puede abonar a los funcionarios que tienen cargos por la Comisión de Apoyo o por el Patronato con las partidas que quedaron en el Rubro 0.

Tenemos una limitación similar con respecto a las partidas destinadas para aumentos salariales, médicos y no médicos, que prevé el artículo 457 de la Ley Nº 18.362, es decir, la ley de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal de 2007. Entonces, este artículo 7º permitiría transferir dineros del Rubro 0 para abonar los cargos de las funcionarios de las Comisiones de Apoyo y del Patronato.

Por otro lado, antes de que la Ley de Presupuesto previera la presupuestación de los funcionarios no estaba permitido transferir los créditos desde la Comisión de Apoyo y crear un cargo. Por tanto, el artículo 8º prevé, si se produce una baja en la Comisión de Apoyo o el Patronato y teniendo en cuenta que las personas que realizan funciones allí cumplen una función en el organismo, que se pueda transferir el cargo y el dinero de la Comisión y llamar a ese cargo, de acuerdo a lo que habilita la Ley de Presupuesto.

SEÑOR ABDALA.- Estos artículos, en principio, no tienen costo presupuestal. Me sorprende que no hayan sido recogidos.

SEÑOR PRESIDENTE.- El artículo 7º está parcialmente recogido en el artículo 248, el artículo 8º tiene gran similitud con el artículo 249 y el artículo 9º con el artículo 250.

SEÑOR ABDALA.- Perfecto. Fue una inadvertencia mía.

SEÑORA GREIF.- El artículo 250 prevé la acumulación de los cargos asistenciales, incluidos los auxiliares de servicio, que se incorporan a raíz del proceso de presupuestación que sigue el organismo. Como saben, hay muchísimo personal que hoy se encuentra contratado en forma privada por la Comisión de Apoyo o por el Patronato, que tiene otros cargos públicos e, inclusive, otros cargos en el

propio organismo. El volumen de gente es bastante grande. Las posibilidades de cubrir esas necesidades con personal de afuera prácticamente no existen. Ya hay una ley anterior para los profesionales de la salud, la Ley Nº 18.193, que tiene una redacción muy similar a esta y cuenta con una limitación en el tiempo porque habla de cargos hasta diciembre de 2007. Esto permitiría acumular a todo el personal asistencial en este proceso de regularización que está llevando a cabo ASSE.

Este artículo es provisorio, es decir que una vez que esa persona renuncia, fallece o se jubila, el organismo pasa a tener dos cargos para dos personas distintas. Es un proceso transitorio mientras dure la presupuestación de ASSE.

El artículo 10 -o el artículo 251- prevé el sistema de guardia de retén. Como saben, en la salud es muy común el trabajo a disposición. Hasta ahora, ASSE no tiene creado el cargo de retén. En el proceso de regularización, los cargos de retén, en su gran mayoría -más del 90%-, son de la Comisión de Apoyo. Esto permitiría regularizarlos como cargos de retén de trabajo a disposición.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hasta acá hemos considerado el articulado que recoge el Mensaje del Poder Ejecutivo. A partir de ahora, analizaremos los artículos que no están recogidos en el Mensaje del Poder Ejecutivo.

SEÑOR RODRÍGUEZ (don Ariel).- El artículo 11 pretende habilitar créditos, en función de la recaudación que tenga ASSE por venta de servicios. No estamos hablando de ventas y servicios del FONASA, porque una cosa es el mecanismo que utiliza el Ministerio de Economía y Finanzas por aplicación de una ley y, otra, el que se utiliza cuando ASSE recibe recursos por usuarios del FONASA: ese monto es incorporado a la financiación de los recursos con afectación especial y reducido de la financiación de Rentas Generales. Estamos hablando de recursos producidos por venta de servicios fuera del FONASA.

En el marco de un Sistema Nacional Integrado de Salud, en el cual ASSE entra en competencia con el sector privado, se puede generar recursos, pagar gastos de funcionamiento con el sistema mutual y realizar venta de servicios a terceros como, por ejemplo, atender a los turistas en la temporada estival.

Existe un mecanismo legal por el cual el Poder Ejecutivo y el Ministerio de Economía y Finanzas podrían aumentar los créditos presupuestales sujetos a determinadas condicionantes, las que acreditarán la necesidad y la conveniencia, teniendo en cuenta la disponibilidad del tesoro nacional. En realidad, esto no es así porque los recursos están en una cuenta corriente de ASSE ya que han sido recaudados. ASSE no puede gastar esos recursos porque no tiene crédito suficiente para hacerlo.

Históricamente, no ha sido posible utilizar el total recaudado por ASSE por no tener los créditos suficientes. Básicamente, tenemos unos $ 240:000.000 acumulados. Se van acumulando los fondos en una cuenta corriente, y no es posible utilizarlos.

Esto pretende dar un margen de flexibilidad -el 50% de lo recaudado se utiliza y el otro 50% queda en una cuenta corriente a disponibilidad de ASSE- a la utilización de los recursos y entrar en un régimen de competencia. Esto ahora es así, pero no sabemos durante cuánto tiempo más porque el crecimiento de algunos servicios de ASSE hace posible que sean vendidos al sector privado en un régimen de intercambio de servicio.

SEÑORA MIRALLES.- El artículo 12 crea la figura de becarios y pasantes para ASSE. Se establece un convenio con UTU. Este Instituto tiene en formación toda la parte de tecnología médica. Como no tenemos personal en el país, se lo está creando para el arreglo de los instrumentos médicos. Este régimen, que sacaríamos del rubro cero, permite la pasantía -bien reglamentada- para la formación de este tipo de personal.

SEÑOR RODRÍGUEZ (don Jorge).- Es la primera vez que, como organismo descentralizado, presentamos una propuesta de articulado en la Rendición de Cuentas.

El artículo 13 es de estricta justicia, ya que las donaciones en efectivo de las empresas, por ejemplo, a la Universidad, a Secundaria o a Institutos Técnico-Profesionales tienen una exoneración del Impuesto al Patrimonio y del IRAE. ASSE no está comprendido en esto, pero como esta exoneración es privativa del Ministerio de Economía y Finanzas, solicitamos retirar el artículo. No tenemos competencia para hacerlo, aunque sería de estricta justicia, porque en cuanto a las donaciones tenemos una situación desigual frente a los otros organismos.

El artículo 14 también es de justicia porque pretende mantener el nivel de actividad 2010, ya que la base presupuestal fue tomada al 2009. Hemos hablado con el Ministerio de Economía y Finanzas, que cree conveniente, para todos los organismos y Ministerios, que en vez de que esta situación se solucione a través de un artículo en la Rendición de Cuentas, se justifique ante dicha Cartera como refuerzo presupuestal. Por lo tanto, también retiramos el artículo 14. En la medida de que los refuerzos presupuestales sean dados para la Comisión de Apoyo y Patronato, los gastos de funcionamiento podrían ser transferidos, en la medida de que el artículo 7º -que la doctora Greif ha explicado- esté aprobado.

El artículo 30 tendría un tratamiento similar, ya que nosotros lo planteamos como un mantenimiento del nivel de actividad por ajuste por IPC, que es totalmente lógico, porque no se puede gastar lo mismo con inflación. Simplemente, al igual que el artículo 14, vamos a plantear con documentación, que el artículo 30 justifique los gastos para refuerzos presupuestales del 2011. Ahí estamos retirando $ 880:000.000 del planteo de los $ 2.400:000.000, porque los vamos a tramitar como refuerzo presupuestal ante el Ministerio de Economía y Finanzas

El doctor Buccino hacía referencia a que nosotros tenemos números. Muchas veces -inclusive, con técnicos del Ministerio de Economía y Finanzas- hacemos el ejercicio de ver cuál sería la situación de ASSE si la tratáramos como una mutualista, a efectos de hacer comparativos de eficiencia. Dichos comparativos son muy satisfactorios para ASSE, porque si nosotros contáramos con la cápita promedio -168.000 afiliados a FONASA de ASSE- y la extrapoláramos al conjunto de la población usuaria de ASSE -1:201.000 que hablábamos de abril-, el Presupuesto de ASSE superaría largamente el actual de ASSE. Por supuesto, el porcentaje de presupuesto excedentario que tendríamos varía para algunas cuestiones, pero hagamos el corte en la fecha que lo hagamos -sea en 2010 o, inclusive, en el primer semestre de 2011- estamos siempre un 17% o un 18% por debajo de lo que representaría si ASSE estuviera financiada al igual que una mutualista, por las cápitas del FONASA. La comparación que hacemos es que no tomamos a ASSE en su totalidad -porque en sí no es comparable-, sino que, obviamente, deducimos a algunas unidades ejecutoras como es la Colonia Etchepare, la Colonia Santín Carlos Rossi, el Portal Amarillo o las personas privadas de libertad, en la medida que el mutualismo no atiende esos casos. También tenemos en cuenta que, desde el punto de vista de patronal, ASSE tiene una aportación con inequidades con respecto al mutualismo, dado que tenemos un 20,5% contra un 7,5% en el mutualismo. Con esa comparación, el presupuesto de ASSE, es mucho más exiguo que el que tendríamos si estuviéramos en el FONASA.

SEÑORA FERREIRA.- El artículo 15 trata la posibilidad de incorporar medicamentos que no están en el formulario terapéutico. ASSE está tratando de ajustarse a lo que es el formulario terapéutico de medicamentos que es lo obligatorio a suministrar -que también dan todas las mutualistas-, pero en algunos casos nos vemos obligados a brindar medicación que no está en el formulario. En este caso, lo que estamos solicitando al Parlamento es la posibilidad de obtener un crédito adicional, básicamente, para la administración de dos medicamentos. Uno de ellos es de los denominados medicamentos biológicos. Hay un gran número de ellos, pero uno es el adalimumab, que es una medicación que el Fondo Nacional de Recursos administra para la artritis reumatoidea pero que, en realidad -inclusive, de acuerdo a la literatura internacional y de acuerdo a la Cátedra del Instituto Nacional de Reumatología- tiene muy buen resultado para lo que es la mejora de la calidad de vida de pacientes con otras patologías, como por ejemplo la espondilitis anquilosante y otro tipo de artritis, como la psoriásica. Nosotros tenemos un número de pacientes tratados pero ahora estamos restringiendo la administración de esta medicación. En general, se trata de pacientes jóvenes, que están invalidados, pero con esta medicación que -teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad crónica y, en general, para toda la vida- pueden movilizarse, trabajar; cambia sustancialmente su calidad de vida. El tema es que cada tratamiento tiene un costo de $ 422.000 por paciente por año. Ese es uno de los medicamentos para los cuales estamos solicitando crédito adicional.

El otro medicamento -que está incluido en el mismo artículo 15- es el Tenofovir, que es antirretroviral; en realidad -está en el protocolo de tratamiento de algunos pacientes con SIDA-, el Fondo Nacional de Recursos se lo reembolsa a las mutualistas, pero no a ASSE. O sea que el gasto que tienen las instituciones privadas lo recuperan a través del Fondo, pero en el caso de ASSE, este -así como otros medicamentos que veremos después- lo tenemos que pagar con créditos propios. El tema es que el número de pacientes que requieren esta medicación se ha incrementado y nosotros tenemos -solamente para esta medicación- un gasto aproximado promedio de $ 6:000.000 por año.

SEÑOR POSADA.- La verdad es que llama en particular la atención la afirmación de la doctora Ferreira de que de parte del Fondo Nacional de Recursos haya una distinta conducta respecto al sector público que al sector privado. La lógica del Sistema Nacional Integrado de Salud es que debería haber una misma conducta, particularmente, en un Fondo que tiene características especialísimas y que toda la población contribuye a su financiamiento. Entonces, me parece que la solución no es esta que se está planteando acá, sino que directamente el Fondo Nacional de Recursos tenga el mismo tratamiento respecto al sector público. Es lo que corresponde. Si no, aquellos principios y enunciados que se hacían como sustento de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud, caen en saco roto. Sigue habiendo una salud para pobres y otra para los otros sectores que están en el ámbito privado.

SEÑORA FERREIRA.- El artículo 16 refiere a que en la Ley de Presupuesto uno de sus artículos planteaba la transferencia del centro "Casa de Gardel" desde el Ministerio de Turismo y Deporte a ASSE. Es un centro de rehabilitación de segundo nivel de complejidad. El Ministerio de Turismo y Deporte transfiere recursos humanos y la infraestructura, pero no estaban previstos los gastos de funcionamiento, que constituyen $ 1:000.000 para este nuevo servicio que tiene ASSE.

SEÑOR ABDALA.- Recuerdo bien el antecedente con relación a este asunto, porque lo analizamos con el señor Ministro Lescano cuando compareció en esta Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda, ya que esta disposición integraba el capítulo referido al Ministerio de Turismo y Deporte. Realmente no votamos gustosos esta disposición porque, entre otras cosas, nos consta -nos constaba también en ese momento- que el centro "Casa de Gardel" cumplía una función muy satisfactoria, más allá de su ubicación atípica o en función de lo cual conceptualmente parecía más lógico integrarlo al Ministerio de Salud Pública o a ASSE en particular. Inclusive, en aquel momento, concurrió aquí la Comisión de Apoyo a oponerse, pero fue una decisión que se tomó y hoy tenemos esta nueva realidad. La pregunta consiste en si ese traspaso se hizo simplemente desde el punto de vista jurídico y de los inmuebles o desde el punto de vista de los bienes y no de los recursos. Es decir, si la "Casa de Gardel" pasó sin presupuesto, quiero saber cómo ha funcionado hasta ahora, a partir del 1º de enero, cuando se supone que empezó su nueva etapa en el ámbito de ASSE. Supongo que ello explicará que ahora se nos venga a pedir esa partida.

SEÑORA FERREIRA.- Los gastos de funcionamiento "Casa de Gardel" correspondían, básicamente, al Ministerio de Turismo y Deporte; además, tiene una Comisión de Apoyo, que es la que pagaba parte de la limpieza y algunos gastos de funcionamiento. La "Casa de Gardel" fue incorporada a la Unidad Ejecutora del Instituto Nacional de Reumatología -INRU- como un servicio. De hecho, para la limpieza y otros gastos de funcionamiento, obtiene recursos de los créditos asignados para gastos de funcionamiento de esa Unidad Ejecutora, del INRU. El problema es que esa Unidad Ejecutora ha visto incrementado su presupuesto en $ 1:000.000 anuales, precisamente, para cubrir los gastos de funcionamiento de este nuevo servicio.

El artículo 17 trata sobre una partida incremental para el Hospital Español. Estos créditos adicionales que se solicitan surgen porque el Hospital Español comenzó su funcionamiento hace tres años -seguramente, los señores Diputados ya lo saben-, pero durante el año 2010 -fundamentalmente, desde el mes de agosto- se incrementaron los servicios que presta, sobre todo, a partir de la incorporación de nuevas camas de CTI y de otros servicios de atención. Por lo tanto, en los créditos anuales para el Hospital Español correspondientes a los años 2011 y siguientes no está contemplada la partida que tiene que ver con la primera parte del año 2010. Este crédito adicional que se solicita es a efectos de anualizar los gastos del Hospital Español, que aumentaron a mediados del año 2010.

El artículo 18 refiere a una partida pedida para el Servicio Nacional de Sangre. Uno de los problemas que se plantean y por el cual venimos a solicitar un crédito adicional consiste en que con el Factor IX, que es uno de los factores de la coagulación, ocurre algo similar con lo que mencionamos en el caso del antirretroviral Tenofovir. En un momento, el Fondo Nacional de Recursos resolvió reembolsar a las mutualistas el gasto del Factor IX, pero ASSE lo debe pagar de sus propios créditos. Tanto el uso del Factor IX como del Factor VIII de la coagulación se han visto incrementados sustancialmente en los últimos años, particularmente en el año 2010 y en lo que se proyecta para el año 2011. Esto se debe a que hubo un cambio en el protocolo de atención de los pacientes hemofílicos. ASSE tiene 114 usuarios con hemofilia; prácticamente un poco más del 50% de los hemofílicos a nivel nacional son usuarios de ASSE. A nivel internacional y, obviamente, nacional, se han adoptado nuevos protocolos que incrementan sustancialmente el uso del Factor VIII.

Sumado a ello, en el año 2010, el Servicio Nacional de Sangre creó el Hemocentro de Maldonado, que mejoró muchísimo la captación de donantes, el procesamiento de sangre y el procesamiento de hemoderivados y hemocomponentes para la red nacional de servicios, tanto públicos como privados. La sangre es un insumo terapéutico muy importante que no se puede comprar, pero sí tiene un elevado costo de procesamiento. La mejora en la captación de donantes por el Servicio Nacional de Sangre y la incorporación del Hemocentro de Maldonado y del Servicio de Hemoterapia del Centro Hospitalario Pereira Rossell han permitido que la estimación para el año 2011 sea de aproximadamente 46.000 donantes, cuando en el año 2010 fueron 38.000 donantes. El procesamiento de la sangre de cada donante implicó, en el año 2010, US$ 73; se realizan estudios y análisis de cada donación. A ello se debe el incremento previsto para el Servicio Nacional de Sangre.

El artículo 19 refiere a una situación similar a la planteada en el artículo 17. La Unidad Ejecutora Hospital de Las Piedras tuvo un incremento de los servicios a mediados del año 2009, básicamente en lo que tiene que ver con la atención traumatológica; Las Piedras es un polo traumatológico. Asimismo, se plantea la incorporación de una "nursery" de bajo y mediano riesgo para atender los niños prematuros en esa zona del país. Por lo tanto, este crédito adicional que estamos pidiendo tiene que ver con la anualización de los créditos necesarios del polo traumatológico del Hospital de Las Piedras y de la "nursery".

El artículo 20 trata sobre el costo de la Unidad de Reproducción Asistida. Probablemente los señores Diputados recordarán que hemos venido a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social para tratar la atención de la reproducción asistida de alta complejidad -o sea, fertilización in vitro-, en función de un plan piloto que se realizó en el Hospital de Las Piedras durante los años 2009 y 2010, en el que se atendió a un número importante de parejas y se realizaron fertilizaciones in vitro en el ámbito privado. En el año 2010, el Directorio resolvió suspender los tratamientos de alta complejidad y mantener los de mediana y baja complejidad en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell; de hecho, a nivel nacional, es el único centro que tiene una unidad de reproducción asistida de baja y mediana complejidad, de atención gratuita, para las parejas usuarias de ASSE. El tratamiento de alta complejidad, o sea, la fertilización in vitro es de muy alto costo, insume aproximadamente $ 150.000 por pareja por tratamiento -en general, se realizan hasta tres intentos de tratamiento-, por lo que no solo por un problema de costos, sino porque no existe legislación en el país y por otras razones que en su momento se plantearon, el Directorio resolvió suspender ese tratamiento. No obstante, se resolvió mantener el tratamiento y culminarlo en el caso de aquellas parejas que ya lo habían empezado y tuvieron solo una transferencia de embriones o en el caso de aquellas parejas que ya habían sido estudiadas. El problema es que la culminación de esos tratamientos insume el costo que se pide por medio de este artículo.

El artículo 21 refiere al "Laboratorio Dorrego".

SEÑOR PRESIDENTE.- Al respecto, el señor Diputado Chiesa Bruno hizo una pregunta.

SEÑORA FERREIRA.- El "Laboratorio Dorrego" es el laboratorio de producción de medicamentos que tiene ASSE. En este momento, se encuentra en situación de obsolescencia del equipamiento y, sobre todo, de la planta física. Ante una inspección del Ministerio de Salud Pública, se planteó la necesidad de cerrar preventivamente y por un tiempo acotado la producción de medicamentos en comprimidos. La suspensión de la elaboración de estos dieciséis o diecisiete medicamentos y la necesidad de comprarlos a nivel comercial, en plaza, la diferencia de costos que estimamos que tendremos para la compra de estos medicamentos hace que solicitemos un monto adicional para este período.

El artículo 22 refiere a gastos de funcionamiento para la Red de Atención de Primer Nivel, respecto a lo cual hizo una pregunta el señor Diputado Chiesa Bruno. Se ha privilegiado el fortalecimiento para la Red de Atención Primaria a nivel de todo el país. En su momento, se estimó solicitar $ 47:000.000 de gastos de funcionamiento para el primer nivel, pero ahora se hace una solicitud adicional que tiene que ver, básicamente, con dos situaciones: la implementación del programa de salud rural -por el Ministerio de Salud Pública, tenemos una extensa red, pero necesitamos fortalecerla-, y debido a que sigue ocurriendo que durante la etapa de transición entre el fortalecimiento del primer nivel y la derivación de muchos de los gastos de funcionamiento y de la logística de la Red de Atención de Primer Nivel los hospitales, sobre todo en el interior del país, tienen que resolver parte de la logística. Entonces, durante este período existe un incremento de alguno de los gastos de funcionamiento del primer nivel. Pero además, como planteó el señor Diputado Chiesa, queremos ir fortaleciendo los gastos de funcionamientos de la red de primer nivel de atención.

Los artículos 23 y 24, que los comentaremos conjuntamente, tienen que ver con una pregunta que hizo el señor Diputado Sander respecto al fortalecimiento del tratamiento de las adicciones y de la Red Nacional de Atención en Drogas y básicamente, el fortalecimiento de la atención en salud mental en toda ASSE. En este sentido, nuestro equipo de salud mental está incorporado a la Dirección de Unidades Especializadas de ASSE e integra varias Unidades Ejecutoras que tienen que ver con la salud mental, con el Hospital Piñeyro del Campo y con el servicio de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad. Se ha elaborado una serie de proyectos y de programas para intentar precisamente fortalecer la atención de adicciones y además la atención de la salud mental, uno de los problemas de salud más importante. De hecho, existe un plan del Ministerio de Salud Pública que tiene que ver con el fortalecimiento en algunas prestaciones que hasta ahora no se brindaban.

Tanto el artículo 23 como el 24 están vinculados con una red de atención que, además, incluye otros organismos públicos como el INAU, la Junta Nacional de Drogas, el MIDES y otros que tienen que ver con la contención y el tratamiento de estas patologías. Hay varios programas que se están solicitando en este sentido que tienen que ver con las recomendaciones de la OMS; uno de ellos es el convenio suscrito entre ASSE y el INAU para la ampliación en la atención del Portal Amarillo.

Esta es una cuestión muy importante porque incluye la separación en la atención d los adictos de 15 a 18 años y los de 18 años y más. Esta nueva partida que se solicita permitirá la atención en el Portal Amarillo de forma separada según las edades.

El otro artículo es para los otros proyectos, como ya los mencionó el Presidente de ASSE, doctor Córdoba: "Ciudadela" "ERICA", atención en crisis del Hospital Pasteur, atención Ambulatoria en Comunidad en Ciudad de la Costa y Cerro y atención a las madres consumidoras. Probablemente, han leído uno de los artículos de investigación del Centro Hospitalario Pereira Rossell que mostró cómo se ha incrementado a un 9% en este año el consumo de drogas, específicamente, de cocaína en las madres, frente al 2% de hace cinco años.

Es un tema que preocupa muchísimo. ASSE es el único organismo prestador de salud que encara esta situación y por ello es muy importante contar con estos recursos adicionales para el tratamiento de estas patologías.

SEÑORA MIRALLES.- El artículo 25 refiere a la contratación de horas de vigilancia para los hospitales y centros de salud de ASSE. Hasta el momento, las horas de vigilancia se cumplían con el servicio 222 a través de un convenio con el Ministerio del Interior por el cual a cambio atendíamos a las familias de los policías en el interior el país. Esta tarea la vamos a seguir haciendo, pero a partir del artículo 206 de la Ley Nº 18.719, que reduce el servicio 222, nos vemos en la necesidad de contratar servicio de vigilancia.

Este artículo fue elaborado con el Ministerio del Interior; se hizo el estudio y se necesitan alrededor de treinta mil horas de vigilancia para todo el país. Tenemos que tener en cuenta que ASSE está abriendo policlínicas en zonas de riesgo que requieren servicio de vigilancia, y lo mismo ocurre en las puertas de emergencia en lugares bastante conflictivos. Necesitamos la presencia policial en sectores de internación que atienden a población adicta y también a personas con patologías psiquiátricas y de alta peligrosidad, como, por ejemplo, la sala de patologías infecto-contagiosas del Sanatorio Saint Bois. Esto exige horas de vigilancia para la

seguridad tanto del personal como del resto de los usuarios y familiares que están en estos hospitales, al igual que en las puertas de emergencia.

SEÑOR ABDALA.- Por lo que explicaba la doctora Miralles, me pareció entender que el refuerzo de este servicio obedece fundamentalmente a la apertura de nuevos centros de atención o policlínicas. ¿Es esa exclusivamente la razón? ¿O ASSE debió enfrentar contingencias vinculadas con la seguridad? Lo digo porque es un tema muy preocupante en la actualidad y por esa razón también debe reforzar los servicios de vigilancia.

En segundo término, respecto a una situación que hay que inscribirla en el contexto de lo que el Ministerio del Interior ha desarrollado como política y que surge de la Ley de Presupuesto vigente con relación al servicio 222. Este año se inició un proceso de salarización de este servicio, lo que implica que, paulatinamente, si mal no recuerdo, se recorten las horas que por este concepto realizan los efectivos policiales. Eso ha determinado -lo hablábamos en el día de ayer con el Tribunal de Cuentas, y nos consta que se ha dado de manera similar en otras situaciones- que haya habido dificultades para determinados organismos de poder acceder al servicio, sazonado esto inclusive con irregularidades que reconoció aquí el propio señor Ministro Bonomi que está investigando su Cartera y que han motivado denuncias penales e investigaciones administrativas de distinta índole.

La pregunta tiene que ver con el último inciso, cuando dice que la partida será destinada a la contratación de servicio de vigilancia al Ministerio. ¿El Ministerio les ha dicho que está en condiciones de proveer el servicio en los términos que aquí se concibe, si el Parlamento aprobara esta disposición tal como está?

SEÑOR RODRÍGUEZ (don Ariel).- Estamos en tratativas con el Ministerio del Interior, porque este sistema no funcionaría bajo el régimen del servicio 222 sino por el artículo 193 de la Ley Nº 12.376, de 1957, anterior al artículo 222 de la Ley Nº 13.318. Este régimen implica que ASSE va a determinar qué cantidad de policías eventuales deberá contratar el Ministerio del Interior. Esos policías son contratados por el Ministerio del Interior; así lo determina la ley, que establece que serán de cargo de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados del Estado, los Gobiernos Departamentales y de las empresas particulares los servicios especiales que requieran de la Jefatura de Policía. Agrega que el pago de estos servicios deberá realizarse semestralmente y por adelantado.

Quiere decir que ASSE va a determinar el número de policías. Este monto de créditos nos da para contratar a 262 policías eventuales. Además, ASSE deberá hacerse cargo, por única vez, de la compra del equipamiento de cada policía. Después de la capacitación, el policía va a ser designado para trabajar exclusivamente en el centro asistencial al que ASSE lo designe, en un régimen de 44 horas semanales.

Este es el sistema que se va a aplicar, que también alcanzará al convenio que actualmente tiene ASSE, en virtud del cual recibe del Ministerio del Interior el pago del equivalente a 30.000 horas mensuales de vigilancia y brinda como contrapartida asistencia a los policías y, en algunos casos, a familiares y retirados. Este es el régimen que estamos implementando.

Cuando redactamos el artículo, tuvimos en cuenta que el régimen 222 sigue existiendo, aunque la ley restringió el número de horas que puede hacer cada policía. Sabemos que el Ministerio del Interior quiere aplicar este régimen, y estamos contestes en ello; por eso, implementamos todos los mecanismos a esos efectos. Pero no es fácil, porque hay que determinar las horas que debe cubrir un servicio, no en función de horas, sino de policías eventuales. También hay que considerar que el policía eventual tendrá, por lo menos, un mes de licencia por año y que deberá ser cubierto por otro. Se requiere una especie de sistema de ingeniería a través del cual se va a establecer la vigilancia para el organismo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos a considerar el artículo 26.

SEÑOR LEVIN.- Este artículo faculta a ASSE a utilizar una partida presupuestal destinada a financiar gastos de promoción social y capacitación de usuarios. Con la norma propuesta, se pretende dar una autorización legal para desarrollar actividades que no deberían ser extraordinarias para una razonable gestión del organismo.

Hay una serie de argumentos que hacen a transparentar diversas actividades ubicadas en el entorno de los usuarios, sobre todo, de los de ASSE. Esto no tendría costo presupuestal; se trataría de una reasignación de gastos de funcionamiento. Además, hay antecedentes de este tipo en otros organismos del Estado. El criterio es sincerar y transparentar este tipo de gastos, vinculados con la capacitación y la promoción social.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos a considerar el artículo 27.

SEÑOR LEVIN.- Como recordarán, ya hice referencia a este tema cuando argumenté sobre los suplentes. En este caso, se está solicitando una partida anual de $ 96:000.000. Este es el espacio transicional al que aludí hoy al referir a la presupuestación. En Comisión de Apoyo, estaba el volumen mayor de suplencias. Estamos en una etapa transicional en la que nos cuesta establecer con precisión los plazos para que los colectivos vayan presupuestándose, pero, por un lado, hemos reforzado el crédito presupuestal de suplentes, a partir de un análisis del comportamiento de las vacantes en ASSE y, por otro, hemos aumentado el crédito presupuestal, pero esto no es suficiente para cubrir la demanda de los servicios.

La evaluación que hicimos, en principio, es que este refuerzo presupuestal nos permitiría afrontar con relativa tranquilidad la demanda de suplentes que todavía no está totalmente despejada. Estamos gestionando este nuevo sistema de suplentes; está funcionando desde el punto de vista práctico, pero, obviamente, habría que generar un refuerzo presupuestal.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos a analizar el artículo 28.

SEÑORA GREIF.- Este artículo contempla la necesidad de presupuestar al personal que hoy está en las empresas tercerizadas, en áreas cerradas o críticas de la institución. Son 497 cargos que ASSE tiene en áreas de alimentación y, básicamente, bloc quirúrgico, que están tercerizados solo en algunos hospitales, lo que impide gestionar esos recursos humanos de la mejor manera.

SEÑOR BERNINI.- Según entendí, este artículo no implicaría ningún costo, porque actualmente existen fondos para financiar esto y, si se aprobara esta propuesta, ese monto se traspasaría para contemplar la nueva modalidad a la que pasarían estos 497 cargos.

SEÑORA GREIF.- Exactamente. Al día de hoy, esos cargos se financian por gastos de funcionamiento, con la contratación de empresas tercerizadas. La propuesta es que podamos derivar esos créditos de gastos de funcionamiento para financiar estos cargos.

SEÑOR PRESIDENTE.- En discusión el artículo 29.

SEÑOR LEVIN.- Este artículo refiere a los cuidadores externos. Tiene que ver con otra instancia de regularización de una situación que es anómala -por decirlo de alguna manera- porque, estrictamente, estas personas no tienen un vínculo laboral, pero hacen al régimen de acogimiento familiar. Queremos regularizar esa situación, tomando como ejemplo el régimen de cuidadores del INAU, considerando el hecho de que la compensación por gastos realizados no tiene naturaleza salarial y zanjando una interpretación jurídica respecto al actual sistema de remuneraciones.

Esto no implicaría gastos; significaría trasposición de gastos de funcionamiento y, además, permitiría dar a estas personas un estatuto que ASSE aún no les ha podido otorgar.

SEÑOR PRESIDENTE.- El contador Ariel Rodríguez ya anunció la intención de retirar el artículo 30.

Pasamos a analizar el artículo 31.

SEÑOR BUCCINO.- Este artículo refiere al Hospital de Colonia que, como ustedes saben, es muy antiguo: tiene más de 98 años. Está ubicado en el centro de la ciudad de Colonia.

En el plan estratégico de fortalecimiento de los centros regionales de salud, uno de los hospitales a desarrollar es el hospital nuevo de Colonia. A través de un convenio con la Intendencia de ese departamento, hemos adquirido un predio donde sería emplazada esta estructura. Si bien ASSE cuenta con algunos créditos presupuestales, con el presupuesto que actualmente tiene, no puede construir un hospital con las prestaciones que debe tener un centro regional. Entonces, se pide ese refuerzo para poder licitar y ejecutar el nuevo hospital de Colonia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos a considerar el artículo 32.

SEÑOR CÓRDOBA.- Voy a fundamentar la creación de vacantes dándoles una idea de lo que significa la creación de nuevos programas y nuevos proyectos.

Hoy, se hablaba de la salud rural, y si tenemos en cuenta lo que nos exigen los programas de esa área, podemos decir que necesitamos 276 licenciadas y 310 nuevos auxiliares de enfermería; tendríamos, entonces, unas 580 vacantes nuevas para poder cubrir solo esta área. De más está decir que si hablamos de la ampliación de la atención en distintos niveles de la política de drogas; si hablamos de ir cubriendo con salud integral las cárceles que se abran y las que están funcionando; si tenemos en cuenta que el personal del Piñeyro del Campo bajó de ciento veinte a noventa y ocho en poquísimo tiempo por abandono y si tenemos en cuenta la necesidad de ir cubriendo recursos humanos por paciente, en este momento, hemos calculado que se necesitan novecientas ochenta personas, aunque estimamos que serían muchos más.

SEÑORA FERREIRA.- El artículo 33 trata de incrementar las partidas otorgadas en la Ley de Presupuesto para el servicio de atención integral de personas privadas de libertad y tiene que ver con la incorporación progresiva, con el acuerdo que existe con el Ministerio del Interior, de los diferentes establecimientos carcelarios a nivel de todo el país.

Cuando en la Ley de Presupuesto se aprobaron los montos para remuneraciones, gastos de funcionamiento e inversiones, se aprobó para una primera etapa lo que nosotros estamos solicitando ahora: completar la necesidad de presupuesto para todo el quinquenio. El doctor Córdoba se refirió a ello al principio, e, inclusive, el señor Diputado Sander también lo planteó. Estamos fortaleciendo la atención de las personas privadas de libertad en lo que tiene que ver con la salud mental, con las adicciones. Entonces, tenemos la necesidad de incorporar recursos humanos, porque se entiende que, como las personas están en los establecimientos carcelarios, no es posible trasladarlas para la atención correspondiente. El costo de atención por preso resulta más elevado que el los usuarios que están en libertad, precisamente, porque se encuentran privados de libertad.

Quiero señalar que hay en todo el país alrededor de nueve mil trescientos presos, y que hay un cronograma de incorporación de establecimientos carcelarios durante los próximos tres años.

El artículo 34 también implica la solicitud de incremento en los créditos presupuestales que ya estaban otorgados en la Ley de Presupuesto, y tiene que ver con el aumento de las prestaciones de la Unidad Ejecutora 105. El señor Diputado Sander preguntaba sobre la emergencia prehospitalaria, la atención prehospitalaria de ASSE. Nosotros, con esta solicitud, estamos llevando la atención prehospitalaria de urgencia y traslado a la cobertura metropolitana. Se van a incorporar ciento cuarenta y siete mil nuevos usuarios que quedan incluidos en Ciudad de la Costa, Ciudad del Plata, área de influencia de Pando y Las Piedras. Necesitamos incorporar catorce ambulancias y hacer una inversión en planta física para las nuevas bases de salida de estas nuevas ambulancias.

SEÑORA GREIF.- Este artículo tiene la misma redacción que el artículo 7º. Básicamente, trata, como otros artículos de la Ley de Presupuesto, de partidas salariales. De no tener este artículo, si los cargos estuvieran financiados solamente por comisión de apoyo o patronato, no podríamos pagarlos.

SEÑOR LEVIN.- El artículo 36 simplifica la aplicación del simple y la simplificación de los renglones del Presupuesto a la liquidación de sueldos. Esto está dentro de la misma estrategia de simplificación de procesos administrativos y de control presupuestal. Es algo que nos ha llevado mucho tiempo analizar, y en la forma como lo tenemos diseñado, supone un aumento presupuestal, porque implicaría llevar uno de los objetos del gasto, el artículo 26, al máximo de la tabla legal. Esto tiene un costo de

$ 98:000.000 y hay que entenderlo en el marco de este reordenamiento del sistema contractual de ASSE. No se puede ver por fuera de él, y entendemos que es muy necesario, sobre todo, pensando luego en el artículo 37, que va a explicar la doctora Grief.

SEÑORA GREIF.- El artículo 37 prevé el cálculo del rubro nocturnidad sobre el 30% del salario nominal de los trabajadores de ASSE, lo que hoy no se está cumpliendo. ASSE tiene bastantes juicios de trabajadores médicos y no médicos por este tema. Este es un artículo que estuvimos hablando con el Ministerio de Economía y Finanzas. El cálculo que se hizo, de abonarse el 30% de las asignaciones de estos cargos, supone $ 207:000.000 al año.

El artículo 38 refiere a una canasta que ASSE tiene, no por vía legal, que abona todos los años. Ha sido una solicitud constante de los trabajadores que quede conformada legalmente como canasta de fin de año.

El artículo 39 prevé el pago de un convenio firmado en diciembre de 2010 por el Directorio de ASSE con los servicios de hemoterapia después de un larguísimo conflicto que dejó a ASSE sin servicios de sangre durante un tiempo. ASSE provee sangre no solo internamente sino a usuarios del sistema privado, y esta partida conformaría lo acordado en diciembre de 2010.

El artículo 40 prevé un aumento de las partidas destinadas al área de comunicación institucional de ASSE a efectos de poder comunicar y difundir a los usuarios las prestaciones de la institución, que hoy tiene muy pocos rubros para esto.

El artículo 41 implica la provisión de ciento treinta y cinco cargos de psicólogo a efectos de poder dar cumplimiento al programa de salud mental que ha dispuesto el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR ABDALA.- Quisiera agregar una pregunta que tal vez debió haber sido formulada -pido disculpas por eso- en la instancia de las preguntas generales, que tiene que ver con un asunto que no forma parte del articulado pero refiere a recursos presupuestales.

Trascendió en las últimas horas -en particular el pasado fin de semana- que había una situación compleja con los anestesistas por el pago de una deuda vinculada con las obligaciones contraidas en ocasión de la emergencia sanitaria, y aparentemente, se estaría debiendo -al tenor de las versiones que tomaron estado público y de algunas denuncias de la propia Sociedad de Anestésico Quirúrgicos- prácticamente el 50% de lo que se generó por concepto de honorarios profesionales. Ello habría generado una situación conflictiva. Tengo entendido que en el día de hoy se estaría llevando a cabo una asamblea de este sector a los efectos de analizar la situación. Según se aduce, aparentemente se habría operado más de lo que se comprometió. No está mal que se opere más -esto lo dejo claro desde ya- en la medida en que sea necesario hacerlo pero, aparentemente, se habría generado una situación conflictiva en función del incumplimiento de los términos que se habían acordado oportunamente con los profesionales. Este es un tema preocupante y quisiera saber si es así. Y en caso de serlo, quiero que se informe si las causas habría que buscarlas en las dificultades presupuestales. Precisamente, estamos analizando el ajuste presupuestal del organismo. Quisiera saber si en tal caso eso obedece a una falta de rubros o cuál sería la hipotética razón que estaría determinando esta situación.

SEÑOR CÓRDOBA.- Es indispensable conocer la historia de esta situación desde el 26 de marzo de 2010, cuando comenzamos a hablar con las gremiales. Se trata de situaciones que se han venido reiterando y que también juegan con la multifactorialidad de la salud mercancía y la forma de resolver las altas especialidades con los pocos recursos humanos que tenemos. Esta situación la hemos discutido muchas veces cuando concurrimos a la Comisión de Salud.

Quiero que los señores Diputados sepan que hay una historia de un año de la Comisión de negociación, presidida por la señora Cecilia Greif. Esta Comisión ha hecho un gran esfuerzo no solo por resolver el pago sino también el registro de los trabajos, de las especialidades, el registro categorizado del tipo de complejidad según las intervenciones que se hacen y el registro de los traslados y de las operaciones realizadas. Todo ello ha hecho que a lo largo del 2008, 2009 y 2010 fuera una de las causas difíciles para hacer efectivo los cobros de esa variable anestésica; no me refiero al pago de los sueldos sino a la distribución de la variable anestésica.

Inmediatamente de que se desencadena la emergencia sanitaria, las agremiaciones, la Facultad y la Universidad empiezan a trabajar con nosotros conjuntamente con las gremiales y las sociedades médicas. En ese momento, se empieza a trabajar profundamente en el escenario de relacionamiento entre las organizaciones sindicales y ASSE. Es así que se trabaja hasta último momento en la elaboración de un documento en el que se tuvieron en cuenta las dificultades que hubo para el registro y el pago y hasta dónde estos han podido resolverse correctamente. Como demostración de ello, señalo que a partir de 2011 desde el propio block quirúrgico se registra qué tipo de intervención se hace y los mismos participantes y protagonistas quedan registrados. Entonces, el pago, la formulación de qué es lo que se paga, recién se empezó a aclarar cuando establecimos esos registros y se hicieron claramente diferenciadas las categorías y las puntualizaciones. Todo esto fue un esfuerzo del comité de negociación.

Me gustaría que la señora Cecilia Greif transmita a esta Comisión lo que hasta el día de hoy se realizó.

No queríamos evadir este hecho histórico del esfuerzo que hemos realizado para poder ordenar ese entrevero de información, de utilización y distribución de esa variable anestésica.

SEÑORA GREIF.- Quisiera aclarar que estas partidas que se adeuda y que se reclaman hasta la semana pasada estaban preacordadas en un documento que contaba con la aprobación de la Mesa de las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas y de ASSE. Este acuerdo estuvo a punto de ser firmado.

Directamente no puedo responder cuáles son las razones por las cuales la mencionada Mesa llama a asamblea para rever el documento. La semana pasada participé de una reunión en la que estuvo presente el Directorio. Dijimos que para el día de hoy daríamos un nuevo cronograma de pagos. De todas maneras, debe quedar claro que para nosotros, para ASSE, hasta la semana pasada esta negociación ya estaba acordada y que había un cronograma acordado entre las partes. Reitero que desconozco las razones de la Mesa para tratar este tema en la asamblea.

Por otra parte, cabe agregar que varios rubros estaban preacordados y que uno de ellos es el de la SUCAF, que reclamaba a la Mesa de las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas. Como todos saben, ASSE tuvo dos etapas en la aplicación de la ley sobre emergencia sanitaria y durante todo el tiempo que hubo emergencia, estuvimos negociando con la Mesa de las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas prácticamente cada dos o tres días. También tuvimos que negociar y discutir la forma de pago porque los convenios se hacen pero después hay que interpretarlos.

Insisto en que ello fue preacordado por todos.

SEÑOR BERNINI.- Independientemente de la profundidad en todo lo planteado, hay un tema que nos quedó medio repicando y quisiera que se me ampliara la información.

En cuanto al artículo 15, ustedes nos decían que hay un par de medicamentos que sirven para aplicar en determinadas enfermedades. Pido disculpas si llego a cometer algún error, pues no soy un técnico en esta materia. Según entendí, hay un medicamento, efectivo para cierto tipo de enfermedades, pero el Fondo Nacional de Recursos devuelve el gasto en un caso y en otro no; sin embargo, a las mutualistas se les reintegra. Entonces, pregunto: ¿A las mutualistas también se les reintegra ese gasto cuando recetan el medicamento para tratar las enfermedades por las que a ustedes no se les devuelve el gasto en medicación?

SEÑORA FERREIRA.- En el caso del artículo 15 dijimos que pedíamos para dos medicamentos: uno de ellos, que es uno de los biológicos, el adalibumad, es el que el Fondo Nacional de Recursos le paga a todos, inclusive a ASSE y a las mutualistas, para el tratamiento de una de las patologías, que es la artritis reumatoidea. Decíamos que hemos visto -y la Sociedad de Reumatología así lo ha planteado- que hay otras patologías como, por ejemplo, las invalidantes desde el punto de vista articular, en la que esta medicación también hace efecto. Nosotros la empezamos a dar, aunque es muy costosa. El mutualismo en general no la da. Nosotros la estamos dando porque nuestros reumatólogos han visto que a algunos pacientes -son solo veinte pacientes que reciben esta medicación- les ha cambiado sustancialmente la calidad de vida. Nosotros damos esa medicación porque así nos lo hemos planteado. Pero, si no contamos con créditos adicionales, no podemos seguir tratando a los pacientes con esa

medicación porque, en realidad, no estamos obligados a hacerlo, de acuerdo con lo que se establece en el formulario terapéutico de medicamentos.

En cuanto al medicamento Tenefobir, que es un antirretroviral nosotros y las mutualistas lo damos a los pacientes con SIDA. El Fondo Nacional de Recursos lo que hace es devolver a las mutualistas el importe del costo pero a nosotros no. No es que se lo dé a las mutualistas y a nosotros no para tratar distintas patologías sino que es la misma, solo que en algún momento el Fondo Nacional de Recursos resolvió devolver el importe del costo a las mutualistas. No es uno de los medicamentos para los cuales el Fondo exija un protocolo.

SEÑORA MIRALLES.- El señor Diputado Berois solicitó que le hiciéramos llegar la distribución de gastos en Montevideo y el interior del país. Nosotros tenemos toda la información económica del presupuesto ejecutado por ASSE, y la vamos a enviar a la Presidencia de la Comisión para que la distribuya entre los señores Diputados.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda agradece la presencia de las autoridades de ASSE, con quien analizamos el articulado propuesto por el Poder Ejecutivo y por el organismo.

(Se retiran de Sala las autoridades de la Administración de Servicios de Salud del Estado- ASSE)

Se pasa a intermedio.

(Es la hora 13 y 47)

——Continúa la sesión.

(Es la hora 14 y 45)

(Ingresan a Sala autoridades del Tribunal de lo Contencioso Administrativo)

——Damos la bienvenida a la delegación del Tribunal de lo Contencioso Administrativo integrada por la Ministra, doctora Mariela Sasson, y el contador del Tribunal, Contador General Eduardo Beati.

Retomamos el trabajo de la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda a fin de considerar el Mensaje de las autoridades del Tribunal de lo Contencioso Administrativo.

El Poder Ejecutivo, en su proyecto de ley de Rendición de Cuentas, no incluye normas que tengan que ver con el Inciso 220. El organismo elevó una propuesta al Parlamento que consta de cuatro artículos que es lo que la Comisión tiene a consideración.

SEÑORA SASSON.- Proponemos solo cuatro artículos.

Quiero hacer la salvedad de que se pide este dinero -que no es mucho- porque se considera que tenemos gastos imprescindibles e imprevistos.

El primero es para refaccionar y reparar el edificio. La construcción ya tiene ciento cincuenta años y se incluye dentro del acervo del patrimonio nacional. No sé si está declarado así, pero lo es. Se trata de un edificio muy bonito y precisa la reparación, en especial, de una claraboya muy grande que corre peligro de caer; ojalá pudiéramos repararla y dejarla en el estado que tenía antiguamente.

El segundo refiere a la partida de gastos académicos, a las cuotas que se tienen que abonar para organismos internacionales a los que estamos asociados y, además, para los congresos a los que deben acudir los tribunales de lo contencioso administrativo y fiscal de todo el mundo.

Quiero recordarles que el Tribunal de lo Contencioso Administrativo todos los años realiza jornadas de derecho administrativo, fiscal, prendario o marcario que están muy bien conceptuadas dentro del ámbito

técnico que ocupa a esta actividad. Hasta el año pasado teníamos que recurrir a la ayuda de organismos internacionales como, por ejemplo, la Fundación Konrad-Adenauer. No creo que sea lo ideal que un organismo del Estado, que es un cuasi Poder, tenga que recurrir a la ayuda de otros organismos, que son excelentes, sobre los cuales tenemos excelente opinión; simplemente consideramos que somos nosotros los que tenemos que hacer frente a estos gastos. No es mucho lo que se pide y creo que es fundamental contar con ese dinero.

El otro gasto estaría destinado a la seguridad del edificio. Hasta ahora se había pagado un servicio 222; ya no existe y tenemos que pagar seguridad privada.

Respecto al artículo 4º, siempre se pone en las Rendiciones de Cuentas y en los proyectos de Ley de Presupuesto; quizás algún día estos dos funcionarios tengan suerte ya que hace años que están en el Tribunal en comisión y desearían incorporarse a nuestro "staff".

SEÑOR ABDALA.- Nosotros entendemos -lo estábamos comentando con el Diputado Otegui- y no por ser complacientes ya que estoy seguro que una opinión similar tienen otros miembros de la Comisión y seguramente será un sentimiento generalizado, que no parecen pretensiones desmedidas las que viene a plantear el Tribunal; francamente lo digo. Eso como comentario general.

Como comentario específico y particular, recuerdo que este artículo 4º fue planteado en la instancia de la Ley de Presupuesto y estuvimos muy cerca de encontrar una solución. Inclusive, me consta que hay legisladores de la bancada de Gobierno -que no voy a nombrar por razones de delicadeza- que en su momento hicieron esfuerzos y estuvimos, repito, a un paso de poder resolver esta situación. Después de todo, como decía la doctora, estamos hablando de apenas dos casos y esta solución no implicaría costos.

Por tanto simplemente quiero recordar ese antecedente y reiterar nuestra disposición a actuar en ese sentido.

SEÑOR PRESIDENTE (Pardiñas).- Respecto al artículo 4º quisiera saber a qué organismos pertenecen estos dos funcionarios.

SEÑORA SASSON.- Una de ellas pertenece al Ministerio del Interior y la otra al Poder Judicial.

SEÑOR PRESIDENTE (Pardiñas).- Muchas gracias.

Agradecemos la comparecencia de la doctora Sasson y del contador Beati. La Comisión considerará la propuesta, como es de orden.

SEÑORA SASSON.- Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Pardiñas).- Se levanta la sesión.

(Es la hora 14 y 55)